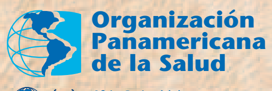
Ecuador
Costa Rica
Colombia
Guatemala
Venezuela
Holanda
Canadá
Bolivia
México
Cuba
Perú
Brasil
Uruguay
El Salvador
Nicaragua

CUENCA, ENERO 2010









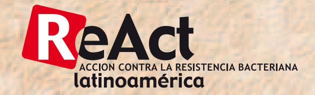


Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud









encuentro internacional por el derecho de los pueblos a la salud y la vida



presentación



La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, la Universidad de Ottawa, Canadá, el Movimiento para la salud de los Pueblos, el Consejo Andino de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), convocaron a profesionales e investigadores de la salud y a movimientos sociales de 15 países a participar en el "Encuentro Internacional por el derecho de los Pueblos a la Salud y la Vida" que se realizó en la ciudad de Cuenca durante los días 14 a 18 de Septiembre de 2009, con un objetivo común: analizar y discutir colectivamente las estrategias para mejorar la salud de la población, y, la mejor de ellas, la APS, con la finalidad de plantear acciones de salud que orienten la construcción del presente y el futuro.

Se realizaron diversos talleres de discusión, el primero en torno a la formación de los profesionales de la salud mediante la APS en salud colectiva, en los ámbitos académico y popular, con el objetivo de superar el paradigma dominante en la formación, el biomédico, que ha obligado a las instituciones de salud, a las universidades del Ecuador y Latinoamérica a centrarnos en el individuo, la enfermedad y en el gran hospital. En este taller se compartieron vivencias y experiencias para delinear las rutas para un nuevo quehacer en salud colectiva y en los campos de la formación y la educación popular.

El enfoque de la APS se fortaleció con el segundo taller sobre "Investigación y Estrategias para la Sostenibilidad de la APS en Salud Integral", a través del Diálogo de Investigadores de Canadá y América Latina, para socializar sus experiencias, elaborar propuestas de investigación conjuntas y formar redes de investigadores en APS.

En tercer lugar, se realizó el seminario sobre El Derecho a la Salud en el Contexto del Buen Vivir (El Sumak Kawsay), enfocando a la Salud como derecho humano, como parte de los Derechos Universales, en los que se reconoce los derechos de la Naturaleza como ser vivo, el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud, y el papel de la organización social para el ejercicio de los derechos, pues éstos no se reconocen como dádiva de los que ejercen el poder sino se construyen mediante la organización social. La APS, en este sentido, se convierte en una herramienta importante para levantar las mentes y los cuerpos para reclamar los derechos conculcados por quienes concentran el poder económico, político e ideológico.

Todos estos eventos incluyeron la recuperación de experiencias, la reflexión, el análisis, la discusión y la construcción colectiva de alternativas que nos guíen en el diseño de nuestro futuro.

Estamos seguros que la experiencia vivida en los diversos talleres que se organizaron, constituirá fértiles semillas para el cambio y la transformación de la sociedad y en el ejercicio del derecho de los pueblos a la salud y la vida.

Dr. Jaime Morales S.M.

Comité Organizador

Facultad de Ciencias Médicas - Universidad de Cuenca.



La salud que queremos:

Un sistema de salud basado en la solidaridad, la democracia y la ciudadanía, en el que sin duda el colectivo de los profesionales y trabajadores de la salud debe tener un rol esencial que jugar para el éxito del sistema. Urge que sea diáfano, nítido, visible, que los mejores incentivos materiales y subjetivos estén en el sistema público. Los profesionales que trabajan en los sectores rurales, en las áreas urbanas de mayor concentración de la pobreza, en la atención primaria, deben tener los mejores salarios, bienestar y protección social.

Arturo Quizhpe Peralta


encuentro internacional por el derecho de los pueblos a la salud y la vida
memorias



REPRESENTANTES DE 15 PAÍSES DEBATEN SOBRE EL DERECHO DE LOS PUEBLOS A LA SALUD Y LA VIDA

Nadiezhda Coasaca Sotomayor
Movimiento para la Salud de los Pueblos - Latinoamérica

La ciudad de Cuenca en el Ecuador fue sede de la II Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos en el año 2005, en la que participaron delegaciones de un centenar de países de todo el Planeta. Aquí quedó reafirmada la importancia de la Declaración para la Salud de los Pueblos, formulada en la I Asamblea Mundial realizada en Bangladesh en el año 2000; como un documento que respalda las luchas de nuestros pueblos por otro modelo de desarrollo mundial. Todo esto hace que esta ciudad sea parte fundamental de la memoria viva de la lucha por la dignidad y por la liberación de los pueblos en América Latina y el mundo entero.

Al día de hoy, Cuenca vuelve a ser la sede de un encuentro de análisis y propuestas, hechas desde quienes sostienen el pensamiento de que Otro Mundo es Posible. Este evento se realizó del 14 al 18 de septiembre del 2009, y fue organizado por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, en coordinación con la Universidad de Ottawa de Canadá y el Movimiento para la Salud de los Pueblos - Latinoamérica.

El Encuentro Internacional por el Derecho de los Pueblos a la Salud y la Vida, transcurrió en un ambiente de amistad y solidaridad, en el que se reafirmaron compromisos por quienes ya vienen andando este camino y se crearon nuevos horizontes para quienes se inician en él.

Dentro de los propósitos de este Encuentro, podemos citar los siguientes:

- Analizar las políticas y la formación en salud colectiva en el contexto latinoamericano y andino.
- Recuperar y compartir experiencias en formación de salud colectiva que sirvan para revitalizar la Atención Primaria en Salud.

- Construir colectivamente nuevas perspectivas y líneas de acción para mejorar la formación y la educación popular, debatiendo las nuevas visiones y avances en torno a la Salud como Derecho Humano fundamental para generar propuestas que garanticen este derecho.

Dos talleres y un seminario fueron las propuestas para el desarrollo de este Encuentro, y son las que brevemente se presentan a continuación.

Reflexiones y Líneas de Acción para Mejorar la Formación y la Educación Popular en Salud Colectiva

Este primer taller realizado el 14, 15 y 16 de septiembre en el Centro de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, contó con la presencia de activistas e investigadores latinoamericanos de reconocida trayectoria en la lucha y formulación de políticas para defender la Salud. Todas las exposiciones y debates, se enfocaron desde el compromiso de construir colectivamente nuevas perspectivas y líneas de acción, para mejorar la formación y la educación popular en salud colectiva, dentro del marco de la Atención Primaria en Salud.

La experiencia compartida por el Dr. Oscar Feo Istúriz, del Organismo Andino de Salud, investigador y conocedor de las políticas en este sector, reafirmó la urgencia de continuar en la construcción de un modelo de pensamiento, que definitivamente confronte al modelo hegemónico en las ciencias de la salud. Un modelo sólido y bien formulado, que está siendo construido con los aportes de lo popular y científico desde la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana, que busque no sólo la salud para todos, sino que plantee un nuevo modelo de desarrollo.

Miradas desde Colombia también fueron hechas por el Coordinador para la Región Andina de ALAMES y miembro del Movimiento para la Salud de los Pueblos - Latinoamérica, Dr. Mauricio Torres, que recordó al médico pensador Edmundo Granda, cuando afirmaba que "la formación del salubrista, requiere la ampliación de sus formas de ver, de nuevas proyecciones filosóficas, lógicas y metódicas, necesarias para comprender cómo la población construye sus metáforas sobre su salud y desarrolla las acciones que considera pertinentes".

Ante esto, las experiencias en el campo de la educación popular en América Latina son inmensas, como las organizaciones culturales, centros de educación de adultos, comunidades eclesiales y círculos de alfabetización, centros especializados en promoción y apoyo a las experiencias de base. También se tienen los trabajos comunitarios con formación de Promotores en Salud en diversos lugares del sur de México, norte de Guatemala, Nicaragua, El Salvador y Colombia, que se dieron inicialmente como respuesta al abandono estatal. Además, otro ejemplo es la Universidad Internacional de Salud de los Pueblos - IPHU, promovida por el Movimiento para la Salud de los Pueblos, así como también los es, el programa piloto de Construcción Social de la Salud: Escuela de Promotores de Salud, de la Universidad de Cuenca.

Se podría decir también que la educación, entendida desde la Educación Popular es conocer críticamente la realidad, que educar es una práctica política, es forjar sujetos de cambio social, es dialogar. Haciéndose necesario tender puentes entre la Educación Formal y la Educación Popular en Salud Colecti-

va, que permitan construir nuevas prácticas para recoger lo mejor de cada una, y plantear un proyecto social, cultural, económico, educativo y pedagógico emancipatorio.

Desde el Gobierno de El Salvador, se contó con la presencia del Dr. Eduardo Espinoza Viceministro de Políticas Exteriores, que así como la Ministra de Salud Dra. María Isabel Rodríguez; forman parte del Movimiento para la Salud de los Pueblos - Latinoamérica. Sostienen que no podemos enorgullecernos de un mundo en que la llamada sociedad del conocimiento y la información, convive con la sociedad de la pobreza, la desnutrición, la incultura y la ignorancia; que asumir los desafíos, es decir los aspectos centrales de una Política Progresista en Salud, es la clave para alcanzar la salud como un derecho para todas y todos.

Dentro de esta visión, podemos resumir que se habló de una América Latina, en la que existe una clara confrontación entre dos formas de concebir la Salud: La Salud como derecho que debe ser garantizado por el Estado y la Salud como bien individual a ser resuelto en el mundo del mercado, interviniendo el Estado sólo para los más pobres. Diríamos entonces, que existen fuertes combates contra el modelo médico hegemónico pero siguen predominando las políticas asistencialistas y tecnocráticas. Urge profundizar la lucha ideológica e impulsar la práctica de la medicina social, porque la distribución desigual de la salud y las enfermedades son un problema de justicia social.

Se evidenciaron dificultades en la vinculación de la Atención Primaria en Salud y la formación de los Recursos Humanos. Para el caso del Ecuador, se reconocen dificultades en la falta de concordancia



De izquierda a derecha: Eduardo Espinoza, viceministro de Salud de El Salvador; Arturo Quizhpe P., Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca; Ronald Labonte, Universidad de Ottawa; María Hamlin Z., Movimiento para la Salud de los Pueblos, Nicaragua; Maija Kagis, investigadora de Canadá.

En la otra página: Inauguración del Encuentro en el Salón de la Ciudad. En primer plano, el Subdecano de la Facultad de Ciencias Médicas, Dr. Sergio Guevara P.

entre las leyes y la realidad del sistema, así como la inexistencia de coordinación entre el sector salud y las universidades del país, entendido como un divorcio entre el estado y las instituciones formadoras de recursos humanos; precisamente porque asume a la Salud como plan y no como Política de Estado. Por último, se evidencia una falta de voluntad y decisión política para reorientar la Atención Primaria en Salud.

Por otro lado, se reconocieron como ventajas, algunas reformas realizadas al sector salud en el actual gobierno ecuatoriano, vistas en el incremento de la inversión social, el reconocimiento en la Constitución Política de la Salud, como Derecho Universal. Existiendo también el reconocimiento de un quinto poder, apoyado por una creciente corriente internacional para el cambio; y el desarrollo de la conciencia popular que reconoce la salud como derecho.

El Derecho a la Salud en el Contexto del Buen Vivir

Así se denominó el Seminario realizado en el Salón de la Ciudad, en el que también participó en su organización el Frente Nacional para la Salud de los Pueblos del Ecuador. Fueron los jóvenes quienes llenaron este espacio y fueron oyentes del mensaje traído, por quienes han acumulado los años de experiencia que las derrotas y los triunfos dan en el camino de la lucha por un Mundo Justo; y que al mismo tiempo demostraron ser esa generación que cuestiona y propone los nuevos rumbos.

Fue Jaime Breilh, reconocido investigador y activista, miembro del Movimiento para la Salud de los Pueblos - Latinoamérica, uno de los participantes de este seminario. Él, nos presentó la idea de que, al





parecer el espacio para la vida se acorta cada vez más y que esta carrera hacia el despeñadero, solo podrá revertirse si los pueblos toman el timón de la sociedad en sus manos y lo hacen movidos por un profundo respeto a la vida y armados de un pensamiento crítico, es aquí donde la academia puede jugar un papel fundamental en esa construcción emancipadora.

Lanza la pregunta, ¿cómo mantener y recrear recursos materiales (económicos) para la construcción del Buen Vivir, sin destruir las condiciones sociales, culturales, de salud y ecológicas necesarias para dicho Buen Vivir? Sólo se puede responder que los años de experiencia acumulada, en una América Latina llena de conflictos y luchas por conquistar su destino, han demostrado que la organización y participación popular es indispensable para alcanzar la equidad en salud y la conquista del Derecho a la Salud; y así poder construir el Buen Vivir.

Experiencias acerca de la participación popular en Bolivia, fueron compartidas por la ex Ministra de Salud Nila Heredia, que dijo firmemente que no es posible la participación popular en el modelo dominante actual, porque su matriz civilizatoria privilegia lo individual al colectivo, da la primacía de lo humano sobre los demás seres en el uso de la naturaleza, como un medio de bienestar supuestamente universal.

Desde esta experiencia, se habla de una cultura política comunitaria de las poblaciones, conocida como el asambleismo, que funciona como un espacio de deliberaciones y de decisiones, a la vez de distribución de responsabilidades y tareas colectivas. Entonces es la Asamblea el espacio privilegiado de participación y de gestión, que se reúne en base a una agenda manejada por sus direcciones.

Esta gestión compartida es el proceso de toma de decisiones de manera conjunta entre la co-



munidad, sus representantes y el sector salud, donde cada uno participa de igual a igual en la planificación, la administración, seguimiento y control social de las acciones de salud. Viene a ser el espacio de acuerdos para resolver problemas, donde se adoptan decisiones en relación a los determinantes: producción, educación, vivienda e ingresos, y; de esa manera mejorar la salud y la vida de todas y todos.

Estos espacios están basados en criterios de integralidad, intersectorialidad, interculturalidad. Hacer este cambio significa descolonizar las estructuras mentales, es distribuir el poder, es reconocer que hay otros valores y conocimientos. Es modificar los planes curriculares escolares, universitarios y otros de formación. Es aceptar la existencia de otros saberes y de otros sabios.

Fortaleciendo aún más este Seminario, contamos con la presencia de algunas organizaciones populares dentro de las cuales podemos destacar la intervención de la Lic. Lina Solano, Coordinadora Nacional por la Defensa de la Vida y la Soberanía del Ecuador, quien nos dejó el siguiente mensaje: "La lucha para nosotras significa levantar la voz y pararse frente a las imposiciones del Gobierno, generadas por los intereses extranjeros de convertir a nuestro país en un país minero. Significa reclamar y decir que esto se hizo a espaldas de las comunidades, poniendo por encima los intereses de las grandes transnacionales y no los intereses de la vida, de la gente que vivimos en los territorios invadidos por las concesiones mineras; y dentro de esto, el papel que han jugado las mujeres, su participación, su decisión en la lucha, su pasión y su valor, que ponen cuando están enfrentando los problemas. Todo esto inspira, mas cuando estas mujeres, son mujeres humildes de las comunidades campesinas, mujeres que tienen mucho amor a la vida y mucha dignidad también".



FACULTAD COMPROMETIDA CON SU PUEBLO, CON LA INVESTIGACIÓN Y LA CIENCIA PARA LA TRANSFORMACIÓN Y LA LIBERACIÓN

Dr. Arturo Quizhpe Peralta
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Cuenca

Iniciamos este nuevo año académico, con el Encuentro Internacional por el Derecho de los Pueblos a la Salud y la Vida, ratificando nuestro compromiso con la defensa de ese derecho, y la construcción de la unidad de nuestros pueblos que haga viable el proceso de cambio y conquista del pleno derecho a la salud.

Una vez más nuestra Facultad recibe en su seno académicos, investigadores, líderes sociales, autoridades sanitarias nacionales e internacionales comprometidos con la lucha por el derecho a la salud y a la vida de sus pueblos.

La salud o el buen vivir (sumak causai) es un proceso que incluye las dimensiones biológica y psicológica individuales, las dimensiones económicas, políticas, culturales y ambientales, producidas por los determinantes sociales, que se expresan en la calidad de vida de una colectividad y de sus miembros, y por tanto en su estado de salud.

Históricamente la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, ha trabajado, ha luchado y ha defendido la vigencia de la salud como un derecho humano individual y colectivo; ha propuesto, ha solicitado y ha exigido la institucionalización de una atención equitativa, digna, gratuita, intercultural, amigable, integral, universal y de calidad.

Hemos asumido con rigurosidad académica y con pasión por la vida los grandes retos de una universidad comprometida con su pueblo, con la investigación y la ciencia para la transformación y la liberación.

Todos los habitantes del planeta, pero de manera particular los profesionales de la salud, "tenemos que reconocer que la actual crisis económico-



financiera es el último resultado de un modo egoísta e irresponsable de vivir, de producir, de consumir, de establecer relaciones entre nosotros y con la naturaleza lo que implicó una sistemática agresión a la Tierra y a sus ecosistemas y una profunda disimetría social, una expresión analítica que disimula una perversa injusticia social planetaria"[1].

Tenemos y debemos construir una nueva ética que presupone una óptica nueva. Es decir, una visión diferente, una forma de sentir, de amar, de interrelacionarnos diferente, con todos los seres humanos y con la naturaleza. Una nueva ética, una nueva salud, sólo pueden construirse colectivamente y deben tener como meta el bien común, basados en derechos universales e inalienables de todo miembro de la familia humana y de la comunidad de todos los seres vivientes.

Es urgente un modelo sustentable y armónico de relación con la naturaleza que garantice: la protección de la vida por sobre el interés económi-

1. Palabras de Miguel d'Escoto, Asamblea de las Naciones Unidas 2009

cos; la protección soberana de la biodiversidad como fuente de salud y de vida; el respeto a las concepciones y prácticas en salud que ligan al ser humano con la naturaleza. Consecuente con esta visión, la Facultad participa entusiastamente con el programa de Doctorado y Maestría de Salud Colectiva con Enfoque de Ecosistemas, con la Universidad de British Columbia de Canadá y el Área de Salud de la Universidad Andina, bajo la Dirección de Jaime Breilh; así mismo nuestra Facultad es la sede latinoamericana del Programa de investigación para el control de la resistencia bacteriana, ReAct.

Frente al lucro, el consumismo y el sometimiento, tenemos que promover la ética del respeto, la dignidad y la resistencia. Vivir mejor puede implicar educación, vivienda, servicios médicos, trabajo y comida, que son importantes pero no podemos olvidar que la libertad, la justicia, la dignidad no sólo son importantes sino esenciales para el buen vivir.

Tener hospitales, medicamentos podría catalogarse como vivir mejor. Recordemos, nos dice el Subcomandante Marcos, que las limosnas que atenúan los problemas inmediatos, mejoran pero no curan, calman pero no alegran, alivian pero no dignifican, porque continúa la explotación, seguimos viviendo sin libertad, democracia y justicia.

Nosotros trabajamos y hacemos esfuerzos todos los días, para formar recursos humanos con rigurosidad científica, alta sensibilidad social; profesionales bien preparados, comprometidos con la vida de su pueblo, ajenos a los intereses de la empresa médica y farmacéutica, honestos, responsables. Esta constituye la tarea esencial de nuestra querida Facultad de Ciencias Médicas, en la siembra permanente de semillas de dignidad humana, de resistencia en el amor y de esperanza.

Así es, cuando otros celebraban el fin de la historia, nosotros levantamos con fuerza la dignidad



y la vigencia del pensamiento humanista, médico y revolucionario del Comandante Ernesto Che Guevara, de Eugenio Espejo, y creamos con Jaime Breilh, Arturo Campaña, Rubén Solís, Miguel Márquez, la Cátedra Abierta Eugenio Espejo y Ernesto Che Guevara; convocamos a foros contra la privatización de los servicios de salud; nos unimos a las voces de resistencia del planeta y recibimos a miles de soñadores en la II Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos, por citar apenas unos ejemplos.



Cuando el imperio proclamaba el pensamiento único, y la hegemonía de la tristeza, nosotros construíamos junto con Julio, Sandra, María, Eduardo, Donato, Jorge, Patricio, junto con los pueblos de América Latina, el movimiento por la Esperanza y Alegremia, convencidos de que las revoluciones continuarán produciéndose y brillando de belleza. Seguros además de la dignidad de nuestros muertos y de nuestra lucha, la vida sólo renace con sus nombres, con su ejemplo, con la creatividad y la alegría.

Somos, como dice el comandante Augusto, en Salud Rebelde, somos ustedes, sólo gente común, es decir, gente rebelde obstinada, indigerible e inderrotable"*.

A la final, la investigación, la docencia, la construcción de la salud, es un caminar. "El cambio, la transformación, es simplemente un caminar, es la pregunta, el indagar".

Cuenca, septiembre 14 de 2009.
Aula Magna, Vicente Ruilova Sánchez
Facultad de Ciencias Médicas

* Augusto Al Q'adi. Alcalde. Salud Rebelde y la Red de Solidaridades Rebeldes. solidaridadesrebeldes@yahoo.com.ar



ENCUENTRO DE MENTES Y ESPÍRITUS COMPROMETIDOS CON EL BUEN VIVIR

Dr. Hernán Hermida Córdova
Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad de Cuenca

Muchos de los aquí presentes, representantes y delegados nacionales e internacionales han estado antes en esta Facultad de Ciencias Médicas, que ya no tiene pertenencia: es nuestra, pero también es de ustedes y de todos los que quieran comprometerse con la salud y la vida.

Muchos conocen nuestra Facultad; la distinguen en su aspecto físico e instalaciones; pero sobre todo la reconocen en su esencia; en su inclaudicable posicionamiento en defensa de la salud pública.

En estas aulas y auditorios, con la concurrencia de personalidades mundiales, se ha desarrollado el más elevado pensamiento a favor del bienestar colectivo.

Aquí se reunieron investigadores de cinco continentes en el Primer Encuentro Global para la Investigación en Salud Popular. En las modestas instalaciones de la Facultad y de la Universidad de Cuenca, intervinieron activamente 1.500 delegados y casi 5 mil participantes en la II Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos.

La medicina ancestral, la medicina alternativa, los foros de la niñez y la juventud, han encontrado un acogedor alojamiento en nuestra Facultad, para desarrollar acciones a favor de un mejor modo de vivir.

En estos mismos espacios fueron difundidos los Informes Alternativos Mundial y Latinoamericano sobre la Salud; documentos construidos a la luz de una posición crítica, ética; en evidente contraste con informes elaborados en el modelo de la vieja epidemiología, funcionales a un sistema que se niega a desaparecer.

Aquí se ha elevado el nombre y la obra de dos grandes de la historia: Eugenio Espejo y Ernesto Ché Guevara, a través de múltiples foros sobre su pensamiento y acción.

Este recinto, está pues cargado de energía positiva, de energía revolucionaria.

Flotan en el ambiente, metafóricamente hablando, las buenas ondas que siempre nos acompañan, cuando nos reunimos para impulsar acciones por una mejor y diferente manera de convivir en sociedad.

Que mejor lugar entonces, que nuestra tradicional Aula Magna, para rendir homenaje a insignes luchadores por la salud popular, los doctores Jorge González y Jaime Breilh, desde hoy incorporados como Profesores Honorarios de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Es imposible desplegar en este espacio las currículas de Jorge González y Jaime Breilh; sólo el resumen de sus hojas de vida abarca más de 20 páginas. Me quiero referir mas bien a su pensamiento, sus sueños, actitudes y acciones, y por supuesto, a los resultados e impacto de sus obras.

Hablar de Jaime Breilh implica separar en la historia del pensamiento científico, dos períodos claramente distintos: el primero, funcional al sistema neoliberal, al servicio de grupos monopólicos, con exclusivo interés en el acúmulo del capital; y un segundo período, impulsado por Jaime desde hace muchos años: la construcción de un nuevo paradigma, de un pensamiento contrahegemónico, el desarrollo de una nueva epidemiología.

En contraposición a las viejas prácticas que calculan los niveles de miseria sustentable, que focalizan ayuda de caridad a los indigentes, que se pierden en ahorros domésticos en las prestaciones de salud, Jaime Breilh propone una epidemiología crítica, que precisa una nueva ética del modo de vida, que recupera los postulados de Alma Ata, incluyendo el trabajo, el consumo, el género, las etnias y el entorno ecológico, como directos responsables de la salud o enfermedad.

El pensamiento de Jaime Breilh transita por la necesidad de organizar un poder alternativo, para la emancipación cultural, ideológica y política. Atraviesa la concepción de un nuevo modelo económico, que lejos de concentrar poder y capital, se sustente en la diversidad de recursos naturales, de atributos humanos y sociales, para interactuar con carácter solidario y cooperativo dignificando la sociedad actual.

Como lógica consecuencia de su posición y pensamiento, Jaime Breilh es reconocido como uno de los más importantes referentes para la Salud Pública en Latinoamérica y en el Mundo.

Máster en Medicina Social; Especialista y PhD en Epidemiología. Jaime es Profesor Honoris Causa de la U. Nacional de Cajamarca, Profesor Honorario de la Universidad de San Marcos de Lima y otras cuatro universidades latinoamericanas. Profesor visitante de 47 universidades en 16 países del mundo. Su pensamiento ha sido difundido como referente universal de la epidemiología moderna.

Autor de más de 50 libros, muchos traducidos al portugués e inglés; varias obras han sido galardonadas con premios nacionales e internacionales. Cuatro de sus textos figuran como clásicos de la medina social latinoamericana. Jaime Breilh es miembro del Consejo Editorial y articulista habitual de las revistas más representativas de Latinoamérica, EEUU y Europa.

Una cualidad sobresaliente de Jaime, entre las muchas que enriquecen su personalidad, ha sido su posición firme en defensa de la igualdad de Género. Su libro **Género Poder y Salud**, ganador del premio "Manuela Sáenz" acoge el clamor de las mujeres latinoamericanas con su triple inequidad, a las que valientemente, como corresponde a un varón, les pide perdón, redimiendo las culpas de millones de machistas que aún merodean por el planeta.



El Dr. Jaime Breilh ha efectuado aportes científicos originales en el complejo tema de la construcción dinámica del objeto-salud, en sus dimensiones ontológica, epistemológica y praxiológica. Ha desarrollado una moderna teoría sobre la perspectiva intercultural, singular, particular y general en relación con los estilos de vida. Jaime encontró nuevas explicaciones sobre los aspectos de la medicina y la promoción de salud; y acuñó visiones esclarecidas sobre la exposición e imposición a los agentes causales.

Sus numerosas investigaciones siempre estuvieron dirigidas a la protección de la salud de los trabajadores, a la conservación del medio ambiente, a la defensa de los derechos laborales. Cumplió un papel fundamental en el informe oficial que censuró las fumigaciones venenosas impuestas por el Plan Colombia en la frontera norte.

La nueva Constitución de la República, en el Titulo VII, del Régimen del Buen Vivir, que incluye Educación, Salud, Seguridad Social, Hábitat, entre otros temas, tiene reflejos de un pensamiento contrahegemónico y anti-neoliberal. Es que Jaime Breilh fue uno de los más influyentes intelectuales en la concepción de los artículos pertinentes. Formó equipos de trabajo con representantes del pensamiento progresista, ecológico, étnico y de izquierda, para formular avanzadas propuestas, muchas de la cuales fueron aceptadas y constan en la constitución vigente.

La Facultad de Ciencias Médicas siempre tuvo la satisfacción de contar con el aporte del Dr. Jaime Breilh como docente de las distintas Maestrías, como expositor en los Foros, Encuentros, Asambleas y demás eventos internacionales. Esta vez, Jaime Breilh se integra como un miembro del cuerpo docente. Tus alumnos te aguardan maestro, anhelan seguir tus enseñanzas y tu ejemplo.

Para la Facultad de Ciencias Médicas, es un excepcional honor, el nombramiento del doctor

Jorge González Pérez, como Profesor Honorario de nuestra Casa de Estudios.

No es posible exponer la personalidad del Dr. Jorge González, sin referirse a su Patria, nuestra querida hermana: Cuba.

En septiembre del 78, con la declaración de Alma Ata, los habitantes del tercer mundo pusimos nuestra esperanza en la transformación de las condiciones sanitarias del pueblo. Creímos que, considerada la salud como un derecho y establecida la obligatoriedad de los gobiernos en su cuidado, la salud popular no se haría esperar.

Cuando en Alma Ata se dijo salud, se quiso decir empleo bien remunerado, vivienda digna, alimentación equilibrada.

Salud significaba entorno saludable, bosques protegidos, sin fumigaciones venenosas, agua pura, sin pesticidas. Quería decir aire limpio, sin humo de fábricas extranjeras; salud significaba también: países libres de armas químicas y guerras imperiales.

Han pasado 9 años del plazo previsto y la "salud para todos" en el tercer mundo está peor que en el 78. Sin embargo, hay una excepción: Cuba. Este país, ha demostrado sin duda alguna, que las condi-



ciones de salud de los pueblos, tienen relación directa con el modelo económico y las políticas de gobierno establecidas.

Cuba fue el único país que aplicó los compromisos de Alma Ata, reconociendo la salud como un derecho universal, la gratuidad de la atención integral y la participación del pueblo en las decisiones y acciones sanitarias.

Sin duda, personalidades como Jorge González, desde hoy profesor honorario de la Universidad de Cuenca, han sido los garantes del proceso revolucionario sanitario. Un proceso que ha alcanzado excelentes indicadores de salud, que hoy los exhibe con orgullo frente al mundo desarrollado. Cuba ha demostrando que existen opciones diferentes, más justas, más equitativas, elaboradas al calor de la solidaridad y lejos de la competitividad.

Desde su posición de Docente Universitario el Dr. Jorge González ha formado generaciones de médicos cubanos comprometidos con la salud y la vida, no solo para Cuba, sino para muchos otros países. Como ejemplo patente está el aporte de la Es-



cuela Latinoamericana de Medicina de La Habana, en la que se educan gratuitamente y con todos los gastos pagados más de 10.000 jóvenes americanos. No solo de Latinoamérica, sino de los mismos Estados Unidos, demostrando así, que aunque un gobierno imperialista mantenga un criminal bloqueo económico, Cuba devuelve el agravio con solidaridad, formando médicos norteamericanos humanistas: para la paz y no para la guerra.

La formación de Jorge González como PhD en medicina legal y criminalística le ha acreditado como Director del Departamento de Toxicología Forense y el Instituto de Medicina Legal de La Habana; desde este espacio ha participado como conferencista, experto médico-legal, investigador o socio de sendas agrupaciones científicas en 39 países de América y el mundo.

Más de 20 condecoraciones nacionales e internacionales avalan la enorme actividad científica y humana del Dr. González. Su desempeño como diputado re-electo del Parlamento Cubano, Vicepresidente de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y actual Rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, completan la brillante trayectoria del Dr. Jorge González.

Como Vicepresidente de la UDUAL, Jorge González es el Coordinador del Proyecto Magisterio, para la formación integral de docentes en ciencias de la salud para América Latina.

El Proyecto Magisterio, auspiciado por la OPS y la UDUAL, no solo contribuye a la formación integral de los docentes universitarios; no se queda sólo en el perfeccionamiento del profesor o en la mejora de la calidad de la educación y la investigación; sino que su postulado principal es velar porque la universidad ejecute su acción transformadora en los procesos sociales. El Proyecto considera la formación del docente como organizador y líder de las transformaciones sociales. Esta enorme y difícil tarea la desempeña Jorge González, como coordinador de este proyecto trascendente.

Largos años tuvieron que esperar el Ché y sus compañeros revolucionarios para volver a su tierra. Estuvieron en suelo boliviano; suelo latinoamericano sí, pero lejos de su patria la Cuba por nacimiento o la Cuba por madre revolucionaria.

Debió surgir un científico formado en la especialidad requerida, hubo que formar un grupo de rescatadores; separados en el tiempo pero unidos en sus ideales. Se tuvo que trabajar más de cinco años, ardua y pacientemente, aplicando el rigor científico e investigativo para conseguir el rescate de las reliquias de los revolucionarios internacionalistas enterrados en Bolivia.

El doctor Jorge González dirigió el equipo de investigadores que localizó, identificó y devolvió a su Cuba querida, al Ché y los combatientes del 67, asesinados por la CIA, que ocultó sus restos en el inútil intento de desaparecer su memoria.

Termino reiterando el gran honor que representa para la Universidad de Cuenca y para la Facultad de Ciencias Médicas, contar entre sus docentes a profesores honorarios de la jerarquía de los doctores Jorge González Pérez y Jaime Breilh Paz y Miño.

Bienvenidos compañeros. Bienvenidos al Claustro Docente, la comunidad de profesores comprometidos, les tenemos un puesto reservado en la vanguardia de los luchadores por la vida.

Gracias.

Discurso en la sesión solemne de
homenaje a los Profesores Honorarios
Dr. Jorge González y Dr. Jaime Breilh
14 de septiembre de 2009 - Aula Magna



CELEBRACION Y CONSTRUCCION DE UNA MEMORIA EMANCIPATORIA[2]

Dr. Jaime Breilh Paz y Miño
Profesor Honorario de la Universidad de Cuenca

Señor Rector de la Universidad de Cuenca, Señor Decano de la Facultad de Ciencias Médicas; distinguidas autoridades de esta querida universidad; compañeros profesores; señores y señoras:

Recibo con profunda gratitud la designación de profesor honorario que, a pedido de la Facultad de Ciencias Médicas, me otorga el Consejo Universitario de esta prestigiosa universidad y me honra compartir esta distinción con el Doctor Jorge González Pérez, Rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, para quien extiendo un fraterno abrazo de bienvenida a esta tierra, que es también la suya.

Es en ocasiones como la presente, cuando la vida se despliega generosa ante nosotros y nos hace llegar el calor de nuestros compañeros; que se revuelven en el corazón y en la mente, un conjunto de vibraciones que no sólo nos gratifican, sino que despiertan en nuestro ánimo, recuerdos, emociones y sueños, que para expresarse piden algo más que un discurso lógico.

En efecto, al sentir lo que siento ahora, comprendo cuánta razón tenían nuestros abuelos indígenas cuando decían que la reflexión humana no se reduce al mundo lógico que procesa nuestro cerebro izquierdo -o "ñucto"- sino que abarca los fenómenos del sentimiento que fluyen en el hemisferio derecho y están ligados al "shungo" o corazón. Y es precisamente esa rica dialéctica entre la lógico y la ternura, la que me invade en este acto tan significativo de mi vida, para decirles con la mayor humildad posible, un andino "Dios so lo pai".

2. Augusto Al Q'adi. Alcalde. Salud Rebelde y la Red de Solidaridades Rebeldes. solidaridadesrebeldes@yahoo.com.ar

Estoy seguro que al asumir las cosas de esta manera, aceptarán conmigo que estas palabras de agradecido cariño, no están fuera de tono en un homenaje académico como el que me entregan, y que, al margen de que esta celebración sea más o menos merecida, cobra una perspectiva humana más profunda, al rebasar una simple euforia pasajera y convertirse en una declaración afectuosa de complicidades, ligada al recuerdo de muchas jornadas de lucha, como también a la celebración de compromisos futuros que ya estamos forjando por el derecho a la vida y la salud. Compromisos que siempre nos hermanaron, porque en efecto, el camino por el que transitamos juntos todos estos años, si de algo estuvo lleno fue de una militante voluntad de construir ese otro mundo posible, que llena tantos discursos pero que muy pocas veces adquiere contundencia real.

La verdad es que desde la perspectiva de los bríos acumulados al calor del trajinar, se me ratifica ahora más que nunca, el valor que para mí ha tenido la experiencia generalmente dulce y productiva en esta bella Ciudad; en esta universidad en la que compartimos tantos sueños y forjamos diversos combates; en esta facultad que me ayudó a seguir creyendo que no todo estaba perdido, cuando el neoliberalismo nos pretendió excluir y declaró fuera de moda el sueño de la salud colectiva; mientras tantos opositores, así como varios ex - compañeros, se creyeron la farsa de esa modernización prometida, renunciaron a una perspectiva emancipadora y se vincularon subrepticiamente al poder, acogieron como propio, el discurso del fin de la utopía socialista o más precisamente, el fin del socialismo de los pobres.



Celebrar como lo hacemos hoy, es un acto de construcción de la memoria y la celebración de la memoria, como lo aprendió Marcos de sus antecesores chiapanecos, puede ser también, "una celebración del mañana", no un simple voltear de la cara y el corazón al pasado, no "un recuerdo estéril que habla de risas o lagrimas", sino una guía para andar los pasos de la vida. Y es por eso que, en la salud como en todo espacio social, tenemos que trabajar una memoria emancipadora, no una memoria apergaminada que recurra a las exaltaciones formales, sino una que incida en el futuro como una herramienta de transformación, es decir como una contra-memoria, que se escriba y celebre junto al pueblo, junto a sus aliados, como otro acto más de insubordinación y contrahegemonía. Tengo la plena convicción de que esta ceremonia fue pensada así por sus gestores; como un pretexto histórico para reflexionar sobre la ciencia y la universidad.

Y por eso permítaseme una breve digresión acerca de la universidad latinoamericana actual y la disyuntiva planteada desde las orillas de distintos intereses. Como ilustración podemos enfocar el debate en el país acerca del carácter de la educación y su nueva ley. Avanzados ya los primeros años del Siglo XXI, se fraguan en el horizonte universitario tres grandes proyectos. Por un lado está el proyecto claramente neoliberal, cuya regulación se establece por los mecanismos del mercado y cuyo giro mayor "no radica tanto en lo formal sino en el cambio de orientación, que implica el pasó de una concepción con énfasis de servicio al país, a otra que prioriza el servicio individual a las personas consideradas como clientes" (Eduardo González, PUCE Chile, 2003), es



decir, una visión que ha girado "el paradigma de la educación pública, desde una filosofía de derecho social y gratuito hacia una concepción mercado-céntrica"[3]. Luego en franca proximidad con el anterior, estaría el proyecto que podríamos denominar universidad funcionalista con tintes sociales que, en nuestro país se hizo evidente en la propuesta publicada en 2005 y que se ha definido como una adaptación del "Proyecto Tuning" de la Comunidad Europea, el cual aplica una visión funcionalista del diseño educativo por competencias, con una concepción utilitaria de los aportes prácticos de cada título y formación, para los clientes individuales y las empresas. Por último estaría un modelo de universidad crítica que es el menos desarrollado y apenas se insinúa actualmente en interesantes programas de algunas universidades, como la de Cuenca, la Politécnica Salesiana, la Andina y algunas más.

Al pensar en el quehacer universitario tenemos que ponernos a tono con los pueblos de América Latina que han comenzado un nuevo amanecer, y tenemos que arrimar hombros, pueblo y academia, para que su fértil energía se encamine por una revolución basada en la fortaleza espiritual y en la claridad de un proyecto que nos cobije a todos y todas y que no requiera recurrir a la violencia para realizarse.

Vivimos una realidad que nos aprisiona, pero que a la vez acicatea nuestro mundo académico, en estas circunstancias, que mejor que recordar las palabras de Cesar Vallejo, el peruano universal, para expresar con andina belleza la contradicción máxima que hoy afrontamos, no sólo como científicos sino como seres humanos. En su "Pan Nuestro", escrito a comienzos del siglo anterior pero más vigente que



nunca, define con criolla sabiduría, en su memorable estrofa de los "Heraldos Negros", nuestro desafío en medio de un mundo de injusticia y el hondo sentido del compromiso humano:

"Y en esta hora fría,
en que la tierra trasciende a polvo humano
y es tan triste, quisiera yo tocar todas las puertas,
y suplicar a no sé quién, perdón,
y hacerle pedacitos de pan fresco aquí,
¡en el horno de mi corazón...!"

3. Baez, René. El desembarco invisible. Quito: Ponencia presentada al Encuentro Latinoamericano del Foro Mundial de Alternativas, el 26 al 29 de febrero, 2008.

¿Y cuáles son los pedacitos de pan fresco que vamos a hornear desde nuestras universidades para ponernos a tono con la urgencia de ese amor militante con que debemos recrear la ciencia de raíces europeas, que cultivamos en nuestras universidades? ¿Cómo debe recrearse en las universidades el proceso que se define como revolucionario, para que la investigación y la "cátedra", bajen de su arrogante pedestal, dejen de ser herramientas para los de arriba, y recuperen el sentido humanista del saber, colocando el arsenal de sus instrumentos al servicio de la emancipación social y del desarrollo humano en equidad? ¿Será acaso del mero análisis de competencias funcionales el que nos encumbre a la altura de esos desafíos? ¿O no será más bien una nueva forma de empedrar el camino al infierno de buenas intenciones?

Si trabajamos en serio en descubrir las claves del compromiso externo de una ciencia humanista, podremos descifrar también las responsabilidades hacia adentro del propio pensamiento científico. **La universidad tiene la necesidad de reinventarse a sí misma, de cambiar sus paradigmas, de repasar críticamente los paradigmas obsoletos y funcionales al poder, y de recuperar la originalidad perdida por la apabullante presión del pensamiento positivista.** Y esa dura tarea sólo será posible si en las universidades y en los centros de producción de conocimientos asumimos dos retos esenciales: primero, el de reflotar el pensamiento crítico, gravemente asediado por la contrarreforma filosófica que se nos vino encima como una avalancha cultural que acompañó el llamado ajuste estructural del neoliberalismo, y se intercaló con habilidad por los intersticios de la academia -disfrazándose incluso con el ropaje seductor de una conservadora filosofía postmoderna-; y segundo, el reto de abrir nuestro espíritu a la riqueza del saber popular y ancestral.



Mi campo de batalla se ha dibujado en la epidemiología crítica, ciencia cuestionadora que desnuda las profundas contradicciones de la determinación social de la salud, y que por eso ha sufrido tres formas sutiles de represión del poder académico: en primer lugar, en la segunda mitad del siglo anterior, no sólo en el Sur sino en el Norte, los paradigmas progresistas conformados en distintas décadas, lograron una circulación restringida frente a la hegemonía de una cultura positivista y a la imposición de cánones bibliográficos y sistemas informáticos que prácticamente nos borraron del mapa. Pero más allá de los obstáculos bibliográficos, fueron los determinantes estructurales del quehacer científico los que impidieron la difusión de las contribuciones críticas de nuestra región: exclusión de recursos institucionales; contexto epistémico adverso; y sobre todo la falta de espacios institucionales para el ejercicio de una práctica alternativa, constituyeron restricciones que impidieron que las potencialidades conceptuales, metodológicas e instrumentales de las epidemiologías contrahegemónicas avancen y lleguen al "mainstream" académico. En segundo lugar, en años más recientes, tal vez impulsada por la crisis de hegemonía del neoliberalismo, junto con la maduración técnica e institucionalización de las propuestas latinoamericanas, ha posibilitado una relación más horizontal y la formación de espacios de auténtico diálogo Norte-Sur. El establishment científico del Norte comienza a abrirse a los aportes del Sur, como ha sido el caso de la teoría sobre la determinación social de la salud -que los latinoamericanos igualmente trabajamos desde los años 70s y que reapareció con enorme resonancia mundial como realización europea en 2005, aunque recortada en su profunda politicidad original-. Y finalmente la proliferación en la última década de demandas de comunidades afectadas frente a grandes empresas que destruyen la salud humana y de los ecosistemas ha generado un tercer tipo de coacción que es la proliferación de una epidemiología mercenaria, llamada ciencia bajo contrato, que se especializa en lo que David Michaels ha llamado el "asalto de la ciencia para la construcción de la duda".

Claro que en todas las etapas descritas se ha producido un contramovimiento en América Latina, y se han multiplicado las ediciones de los libros y artículos de varios centros que habíamos mantenido incólume la tradición crítica de la Medicina Social o Salud Colectiva de América Latina. **Y en el Ecuador fue por años solamente la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, la única universidad que en el campo de salud, contradijo la cultura bancomundialista y defendió la producción intelectual científica progresista, no sólo en lo académico, sino también la práctica innovadora de movimientos sociales contrahegemónicos como el de la Salud de los Pueblos.**

Para finalizar cumplo con expresar a ustedes a nombre de mi familia y del colectivo académico del que formo parte, un sincero y emotivo agradecimiento por este espaldarazo que me han brindado, todos sabemos que mi producción, como toda producción humana, no habría sido posible sin el concurso de ellos; de mi compañera, de mis hijas y de mis colegas, con quienes hemos labrado muchos surcos. Sin embargo la presencia solidaria de algunos alumnos del Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad de la Universidad Andina, llena con su calurosa amistad el vacío de la ausencia de los míos.

Gracias

Aula Magna Facultad de Ciencias Médicas
Cuenca, 16 de Septiembre de 2009



LOS ESPACIOS SOCIALES PARA LA INVESTIGACIÓN, LA FORMACIÓN Y LA EDUCACIÓN POPULAR EN SALUD COLECTIVA

Catalina Eibenschutz Hartman UNAM*
Jesús Reza Casahonda UNAM
Iliana Camacho UNAM

Para desarrollar algunas ideas a este respecto, queremos partir de algunas definiciones interesantes sobre el tema de la Educación en general, en este sentido nos inspiramos en Rubem Alves, educador, sicoanalista y filósofo brasileño quien señala:

"La primera tarea de la educación es enseñar a ver"

Esto quiere decir que se necesita tener un conocimiento para poder ver ciertas cosas que antes de aprender no se veían, en el caso de los investigadores, el Marco Teórico solamente es útil si nos permite ver y construir el objeto de conocimiento de una manera diferente a como se veía antes de tenerlo. Pero esto no es automático, no basta leer, ni asistir a clase para que podamos usar una teoría o un conocimiento, es necesario usarla, aplicarla, entenderla, hasta conseguir "ver" de otra manera el objeto de aprendizaje o el de investigación. La epistemología constructivista plantea los procesos de absorción, desequilibración y reequilibración, para finalmente poder usar conocimientos, teorías y marcos teóricos que nos permitan una "nueva mirada" de la realidad (Piaget y García, 1982).

Y continúa Alves señalando:

"Los niños a través de los ojos tienen el primer contacto con la belleza y fascinación del mundo"

Es importante educar los ojos para descubrir la belleza en el mundo y para estimular la sensibilidad y el compromiso de modificar aquella parte de la

*. Coordinadora General de ALAMES

realidad que no es bella y que necesitar ser cambiada. **La capacidad de ver la belleza, descubrirla y buscarla, nos lleva a una condición de vida feliz y saludable. La salud concebida desde la medicina social y la salud colectiva plantea que la buena vida y la felicidad, si bien se perciben individualmente, son un producto de las relaciones sociales entre los hombres, la naturaleza y la fortaleza para transformar el mundo real que vivimos y sufrimos actualmente.**

Y Alves nos señala otra frase:

"La educación consta de dos partes: educación de las habilidades y educación de las sensibilidades"

No nos vamos a referir a la educación de las habilidades porque esa está suficientemente desarrollada en los procesos educativos tradicionales, pero si nos interesa hacer hincapié sobre la parte referente a las sensibilidades humanas, la capacidad de asombro, la capacidad de enojo, la capacidad de alegrarse, la capacidad de modificar la realidad, el compromiso con los otros, etc. Son una parte fundamental para la educación en Medicina Social, necesitamos el asombro ante la desigualdad y inequidad en salud, también necesitamos una gran sensibilidad para modificar la determinación social que la produce, se trata no sólo de curar a los enfermos (aunque se incluye) se trata de entender y explicar las causas de esta desigualdad, medirla colectivamente, usar la epidemiología social y actuar en consecuencia, a través de la generación de Políticas sociales más adecuadas, pero también actuar a nivel de toda la sociedad para conseguir la transformación de la misma.

Si no educamos la sensibilidad, nunca podremos llegar a ser sabios como dice R. Alves:

"Los conocimientos nos dan medios para vivir, la sabiduría nos da razones para vivir"

Con esta frase que es de las más optimistas que he encontrado en la literatura queremos pasar a hacer unas consideraciones sobre la Medicina Social y la Salud Colectiva y los espacios de la investigación, la formación y la educación popular.

Espacios Sociales

Entendemos por espacio social a un colectivo que se caracteriza por algún tipo de identidad, procesos sociales, valores, funciones u objetivos compartidos. Cuando hablamos de espacios sociales para la investigación, la formación y la educación popular, entendemos que los espacios sociales en este caso, están definidos por el nivel educativo.

Se sobreentiende también que existe un grado de afinidad o identidad definidos por la capacidad de crear nuevo conocimiento, de generar prácticas sociales para la salud. Queremos invitar al público a reflexionar sobre la capacidad de crear nuevo conocimiento presente en el pueblo, en los estudiantes y en los investigadores.

Hay ciertos problemas de la salud que normalmente no son detectados por los investigadores biomédicos que debido a la rigidez de su marco teórico tienen una especie de ceguera epistemológica para ver las potencialidades o la significación de la alegría de vivir de los pueblos o Sumak Kawsay, mostrando en consecuencia una falta de sensibilidad social.

Medicina Social y Salud Colectiva

Como señala E. Granda (2009) la corriente de izquierda bautizó como Medicina Social o Salud Colectiva a la corriente de pensamiento de una in-



terpretación de corte marxista en las ciencias sociales, aplicadas al entendimiento de la de los procesos de salud/enfermedad, la práctica de la entonces salud pública y la Política Sanitaria.

En palabras de Juan César García (1994) ***mil ochocientos cuarenta y ocho (1848) es el año de nacimiento del concepto de medicina social. Es también el año de los grandes movimientos revolucionarios en Europa... El concepto (medicina social), a pesar de que era utilizado en una forma ambigua, trataba de señalar que la enfermedad estaba relacionada con los "problemas sociales" y que el Estado debería intervenir activamente en la solución de los problemas de salud.***

Reflexionar la salud desde estos preceptos necesariamente nos lleva a implicarnos en propuestas distintas de las aplicadas en la educación tradicional y de la Salud Pública.

Una Propuesta para la Formación en Diversos Espacios Sociales

La educación tiene que ser activa, el estudiante (formal o no) debería partir de hacerse preguntas sobre la realidad de la salud, estas preguntas deben ser aprovechadas por los docentes (formales o no) para iniciar un diálogo permanente entre estudiantes y docentes. Cuando se trata del nivel popular es importante reconocer que se trata con adultos que tienen una experiencia en la vida relativamente independiente del nivel educativo, y que esta experiencia les hace ver la vida y la salud de una manera compartida, o desde una cultura diferente que es necesario entender y estar en disposición de no descartar de inmediato, como hace el Modelo Médico Hegemónico.

El Papel de la Investigación en la Enseñanza

Es importante señalar que comúnmente la "investigación" se relaciona con espacios sociales como la universidad o los institutos, lo cual es cierto pero no es absoluto, el proceso que nos permite generar nuevo conocimiento también es parte de las acciones en otros espacios sociales. Frecuentemente se niega porque la misma academia ha contribuido con el ostracismo al que se han confinado los aportes de la generación de conocimientos populares.

La investigación es un acto que nos invita a ver más allá de lo aparente, la pregunta es un eje vertebral, y en los espacios sociales donde se trabaja por cambiar la realidad son necesarios los cuestionamientos, por tanto no se trata de que todos debemos ser "investigadores", más bien, hay que desarrollar en nuestros diversos espacios la actitud de investigación, de indagación, de cuestionamiento, de ser crítico, por ello comentábamos al principio del texto la relevancia de sensibilizar el cómo vemos lo que nos rodea, ya que educar los ojos es aumentar la capacidad de preguntar sobre la realidad.

La capacidad de hacer preguntas sobre la realidad, es el origen del nuevo conocimiento y a preguntar también se aprende, el conocimiento no es un simple reflejo de la realidad, es una construcción teórica que enseña a "ver" con algo más que los ojos.

El Trabajo Grupal como Factor de Generación de Conocimiento

Si algo hemos aprendido de la educación popular es que colocó el papel de los sujetos de la educación en otra posición y al sentido de la educación en otra perspectiva, la de la crítica, y la construcción de caminos colectivos para transformar la realidad. Esto implicó comenzar por generar otras relaciones dentro de los espacios de educación, ahí donde existiera un proceso educativo el aprendizaje colectivo se vuelve una premisa.

El trabajo grupal es más que una técnica, es una forma de organizarnos para el logro del aprendizaje, ¿cómo dialogan los intereses y los distintos y diversos conocimientos de los individuos?, ¿cómo logramos comprender un proyecto común?, ¿cómo luchamos por la salud?, ¿cómo hacer salud colectiva?, sino aprendemos a construir el aprendizaje y el conocimiento colectivamente.

La Colaboración vs la Competencia en la Educación

En la última década hemos sido testigos de los cambios en las currículas educativas con un sentido de educar para el desarrollo de las competencias basadas en la lógica de que el desarrollo se logra con la suma de los esfuerzos individuales. Hay de hecho dos formas de entender competencia, la primera es la capacidad de hacer cosas, resolver problemas de la realidad, la responsabilidad de hacer ciertas tareas en alguna institución. En cambio hay otra impuesta por el modelo neoliberal donde se trata de la disputa individual por cualquier tarea, o la disputa entre individuos que tienen un objetivo compartido. Por ejemplo, el sentido gerencial de la educación acogió el segundo discurso. Nosotros no estamos de acuerdo con este segundo discurso, porque entendemos que la producción del conocimiento es social y colectiva, por ello confiamos más en el papel que

juega el trabajo grupal para producir el conocimiento sin negar que el proceso de aprendizaje es individual.

Precisamente estos modelos de educación modernos y neoliberales, se centran en el desarrollo de habilidades y el énfasis mayor está puesto sobre el actuar individualmente, su relación con los otros se da en función de lo que cada uno hará para desarrollarse y contribuir a la sociedad. Esta concepción de la formación integral se aleja de lo que buscamos desde la salud colectiva, por ello apelamos a la relevancia del sentido de colaborar, porque implica nuevamente, no una técnica dentro del proceso educativo o de investigación, sino una forma necesaria de generar organización para la defensa de la salud y la vida.

Como señala Edmundo Granda (2000) Los nuevos movimientos sociales buscan [en sus espacios sociales] construir sujetos que puedan integrar en su vida su yo con todo su recuerdo cultural, pero también puedan ver al otro, construir un nosotros y luchar contra la opresión.

El Contexto en la Educación

El contextualizar el proceso educativo es un elemento de gran importancia, y del contexto depende también las modalidades de la educación. Contextualizar nos permite resolver la pregunta de: ¿Para qué queremos educar en tal o en cuál tema?

Así entendido, las necesidades de salud, los procesos sociales coyunturales a diferentes niveles, la política sanitaria, los valores culturales y otros, serán entonces parte del contexto también. Y el contexto



tiene que ser estudiado y construido mediante un diálogo entre alumnos y profesores en un diálogo permanente, para poder avanzar a los conocimientos de Medicina Social y de Salud Colectiva.

En un intento por señalar ciertas características específicas de la educación en MS (Medicina Social) y SC (Salud Colectiva) en los diferentes espacios sociales, haremos el siguiente planteamiento.

ESPACIO POPULAR

1. Manteniendo los principios de la enseñanza como un proceso de diálogo entre los "profesores" formales o no formales, donde no hay un polo que sabe todo y otro polo que no sabe nada, es conveniente preguntarse en forma colectiva sobre los objetivos del curso, capacitación o como se le quiera llamar. Freire nos aporta teoría al respecto de una educación horizontal que en nuestra experiencia no funciona del todo, porque cuando los pobladores, comunidades o trabajadores no calificados en salud, piden cursos de capacitación no aceptan que el profesor les diga que son iguales, sino para que pidieron el curso. Es necesario entonces conocer sus expectativas y sus conocimientos de salud y tomarlas como base para definir los contenidos en forma colectiva.

2. Es útil contextualizar la situación social y de salud, las comunidades o los trabajadores las conocen mejor que el profesor. El profesor colabora con su capacidad de síntesis y ordenamiento de los elementos; siempre preguntando al colectivo.

3. De allí es útil seguir con un diagnóstico de salud realizado por los "estudiantes" orientados por el profesor, con base en preguntas acompañadas de cierta teoría.

4. Una vez terminado el diagnóstico, habría que preguntar sobre cómo resolver y priorizar algunos aspectos, siempre orientados por el profesor y acompañado de explicaciones desde la teoría de la MS y la SC. Por ejemplo agrupando las enfermedades por su causa última, enfermedades relacionadas con la nutrición, otras con la edad, con el sexo, con el desgaste del trabajo, con las condiciones ambientales y de relación con la naturaleza y explicando los procesos sociales que las determinan.

5. En todo momento es necesario conseguir la participación de los asistentes con preguntas prácticas sobre la realidad; recordemos que como señala Breilh (2003), la experiencia reciente de muchas sociedades es que las fórmulas más recientes de renovación vienen del saber popular.

6. Siempre es necesario, si se trata de formar promotores donde no hay personal de salud, entrar a temas de carácter biológico y enseñar técnicas de punción de venas para hidratar, asepsia para curar heridas, uso de ciertos medicamentos advirtiendo siempre de los efectos secundarios. Todo ello sin olvidar lo social, pero potenciando todas sus capacidades.

Quisiéramos advertir que la formación de promotores, debe ser un proceso largo en el tiempo con cursos cortos e intensivos, sin tener que obligar a transitar grandes distancias y conociendo el contexto local, para intentar garantizar el acceso a servicios de salud de todos los niveles. El acompañamiento de los promotores para otros niveles, permite una supervisión con cierto conocimiento y en base al derecho, sobre las prácticas de niveles más complejos.

ESPACIO SOCIAL UNIVERSITARIO

Generalmente los conocimientos de MS y SC se imparten en las cátedras de Salud Pública y Medicina Preventiva que existen en la mayoría de las Universidades.

1. La estrategia adecuada pasa en general por capacitar a los profesores en la MS y la SC para enseñarles una "nueva forma de ver" la salud/enfermedad como un proceso social, para lo cual es necesario conocer teoría social y no biologizar lo social, demostrando la capacidad explicativa de lo social para entender la Salud Pública, privilegiando también el trabajo colectivo en grupos en forma de talleres.

2. Los cursos de capacitación de profesores empezarán igualmente por preguntar sobre su interés y expectativas, para responder a ellas y no aburrirlos o forzarlos. Muy frecuentemente existe una fuerte resistencia por parte de los profesores tradicionales de la Salud Pública y hay que buscar estrategias para enfrentarlos con su propia resistencia.

3. El proceso de enseñanza/aprendizaje empezará también por la contextualización en el nivel local, regional o nacional según sea el caso, que incluya elementos de la infraestructura de salud y la política sanitaria, como parte de la teoría social implicada en el contexto.

4. Es también útil hacer un diagnóstico de salud contextualizado y no considerar nunca la división entre teoría y práctica, ya que ambas son parte del proceso de enseñanza/aprendizaje y de creación de nuevos conocimientos.

5. Enseñar a hacer preguntas sobre la realidad de salud es un ejercicio útil para romper el esquema de que los profesores saben todo. Aprender a hacer preguntas desde lo social, a la información epidemiológica clásica sea de fuentes primarias o secundarias, permite desarrollar un espíritu crítico frente a la epidemiología tradicional, recuperando su valor y sus limitaciones.

6. Conocer los servicios de salud y la desigualdad en su acceso, es un tema de gran importancia para entender la inequidad y la desigualdad reales y sugerir su transformación.

7. Aprender a hacer preguntas desde lo social, motiva a la investigación necesaria en cualquier área de la MS y la SC.

8. Si no es posible transformar a los profesores resistentes, habrá siempre la posibilidad de abrir cursos de MS y SC para los estudiantes directamente.

ESPACIO SOCIAL UNIVERSITARIO (Fuera de la Cátedra de Salud Pública)

En caso de plantear la adición de una materia sobre MS y SC, es necesario contar con profesores que están dedicados a la investigación desde esta perspectiva o alumnos de posgrado en MS o SC como profesores.

Es conveniente incluir en el mismo curso estudiantes universitarios de las profesiones de salud (enfermería, nutrición, estomatología y medicina) para propiciar una perspectiva construida en un equipo multidisciplinario que en la práctica profesional va a tener oportunidad de trabajar juntos en diversos niveles de la estructura del sistema de salud.

Las sugerencias son muy similares a las de la capacitación de los profesores, la ventaja es que se pueden formar grupos interdisciplinarios. Es igualmente conveniente acabar con la separación entre teoría y práctica porque son parte del mismo proceso de construcción del conocimiento.

Es para nosotros muy difícil hacer más sugerencias porque depende precisamente de las características del contexto, la situación de salud y el modelo de atención médica que se tenga.

No está de más señalar la importancia de retomar el modelo del sistema modular de la UAM-Xochimilco, cuyo fundamento central ha sido generar una educación crítica y actuante donde el estudiante oriente su propia formación al intervenir en el proceso de transformación de la realidad (UAM, s/f); como una propuesta base para reflexionar, replantear y/o en su caso crear el fundamento y la estructura de programas de formación en el área de la salud.

Esperamos haber cubierto en parte las expectativas de la presentación a la que fuimos convocados, desgraciadamente no se puede dar orientaciones generales sin tener la contraparte, aun en una ponencia en un seminario como el presente.

BIBLIOGRAFIA

- Breilh, J. (2003) Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Granda E. (2000). Formación de salubristas: algunas reflexiones. Presentado en la Universidad Nacional de Colombia y Universidad de Antioquia. La salud Colectiva a las Puertas del Siglo XXI. Medellín: Universidad de Antioquia
- Granda E. (2008). Algunas reflexiones a los veinticuatro años de la ALAMES. En Revista Medicina Social, volumen 3, número 2, mayo. Disponible en: www.medicinasocial.info
- Granda E. (2009). "Algunos elementos sobre el desarrollo de la salud pública en América Latina". La salud y la vida. Quito: OPS. V. 1, pp. 47
- García, JC (1994). Pensamiento Social en Salud en América Latina. México: McGraw-Hill - OPS/OMS
- Piaget, J. y García, R. (1982) Psicogénesis e historia de la ciencia. México: Siglo XXI.
- UAM. (s/f). Documento Xochimilco. México: UAM



LAS POLITICAS DE SALUD EN AMERICA LATINA Y LA VIGENCIA DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

Dr. Oscar Feo Istúriz
Secretario Ejecutivo del Organismo Andino de Salud

Gracias a la Universidad de Cuenca y a la Facultad de Ciencias Médicas por darnos de la oportunidad de compartir este espacio de reflexión, de construcción colectiva.

La exposición "Políticas y Atención Primaria en Salud" tiene tres componentes:

1. Reflexión sobre la Atención Primaria en Salud (APS) y su evolución desde 1978 en Alma Ata, hasta hoy, una posible Salud Para Todos.
2. Critica a las políticas salud de los últimos 20 años.
3. Desafíos para la salud pública en el siglo XXI, que es lo que nos corresponde desde la perspectiva latinoamericana y la Medicina Social Latinoamericana, hacer de la salud un real derecho y no solo parte de un discurso político.

Atención Primaria y su Evolución

En 1978 en Alma Ata se celebró la Conferencia Internacional de Salud concluyendo con la Declaración de Alma Ata que planteaba el lema: Salud para Todos en el año 2000; no se hizo posible ni lo anterior ni el desarrollo de la Atención Primaria en Salud.

En un artículo, David Tejada de Riberos plantea que buena parte de la génesis de esta reunión tuvo que ver con el conflicto chino-soviético, ya que los soviéticos querían implantar su modelo en salud y que la conferencia se realice en su país. También señala que el primer problema de la Atención Primaria en Salud fue una mala traducción, pues debía llamarse: Cuidado Integral a la Salud.

El centro que plantea Alma Ata en 1978 es que ***Salud para Todos***, está basada en la justicia social,

en una visón que pretende que cada persona alcance una vida social y económicamente productiva; de aquí que hay un primer componente importante que es la vinculación de salud con calidad de vida, se plantea la Atención Primaria como la estrategia para alcanzarla, como la forma para organizar los sistemas de salud de acuerdo a las condiciones de cada uno de los países. No hay que olvidar que en el contexto político de Alma Ata, más de la mitad de los ministros de Salud de América Latina correspondían a la época de las dictaduras.

En esa reunión la APS implica siete grandes componentes: acceso universal; organización y participación de la comunidad; movilización social; acción intersectorial para la salud; financiamiento adecuado y tecnología apropiada; formación de recursos humanos apropiados e, integralidad de la atención en salud. Hoy estos siete componentes siguen teniendo absoluta vigencia.

Treinta años después para ver qué ha pasado con Alma Ata, en palabra de David Tejada: "La salud es sobre todo una realidad compleja y un proceso político, dentro del cual hay que tomar decisiones políticas". La salud, no solo sectorial, los problemas de salud no solo se resuelven desde el sector salud, sino desde la determinación social de la salud, elevando la calidad de vida y luchando contra la redistribución desigual del poder, de los recursos, de la riqueza social y de los servicios.

¿Qué había pasado en estos treinta años, por qué no había sido posible conquistar Salud para Todos? ¿Qué lecciones hemos aprendido? ¿Cuáles deben de ser las líneas de acción?

En este sentido es asombrosamente vital y vigente el discurso que pronunciara Halfdan Mahler en la clausura de la reunión de Alma Ata en 1978: "Si queremos que haya Salud para Todos, debemos en primer lugar garantizar que haya disposición para enfrentar el abismo que separa a los privilegiados de los desposeídos". Luego Mahler plantea, entre otras, las siguientes preguntas al auditorio de esa época:

1. ¿Hay disposición para aplicar adecuadamente la atención primaria?
2. ¿Hay disposición para signar los recursos necesarios para la atención primaria?
3. ¿Estamos dispuestos a movilizar a la gente para que haya atención primaria?
4. ¿Vamos a garantizar la tecnología y los recursos humanos necesarios?
5. ¿Estamos dispuestos a cambiar los servicios de salud centrados en la enfermedad para colocar a la atención primaria en su centro?
6. ¿Estamos dispuestos a superar las resistencias sociales, económicas y culturales?
7. ¿Estamos dispuestos a comprometernos políticamente, a superar nuestras diferencias y a trabajar en equipo?

La respuesta a cada una de esas preguntas fue NO, y a pesar de los avances y de los avatares, hoy treinta años después, podemos decir que estas preguntas siguen teniendo vigencia. Solo será posible alcanzar ***Salud para Todos*** en la medida en que haya compromiso político que permita entender esto en el marco de una política de justicia social que cambie las condiciones y las características de la vida como el cambio de paradigma social. El asunto es romper el modelo de desarrollo que el sistema capitalista nos ha venido planteando y que es necesario sustituirlo por uno en el cual el centro sea no la acumulación del capital, sino la satisfacción de las necesidades colectivas.

No hubo adecuada comprensión del concepto de APS, Mario Testa plateaba como la APS en muchos países eran construcción de paquetes básicos, como los paquetes neoliberales de ocho o diez prestaciones sencillas de lo que llamaban: bajo costo y alta efectividad, se convirtió en una tención primitiva para los pobres Todavía en Europa se confunde mucho el termino atención primaria, con el término primer nivel de atención. No hubo una adecuada comprensión del concepto como estrategia que debía vertebrar las políticas públicas en función de elevar la calidad de vida colocando a la salud en el centro de ella. No hubo suficiente compromiso político de los gobiernos. No se logró reorientar el modelo de atención, que continúa hoy centrado en la enfermedad. Recuerdo siempre la figura y las palabras de un cuencano, Edmundo Granda, cuando nos decía que "nuestros ministerios no son de salud, sino ministerios de la enfermedad, que nosotros no hacíamos salud pública, sino que hacíamos enfermología pública, porque el modelo de pensamiento y ejecución que ha hegemonizado a las ciencias de la salud, ha sido el de la enfermedad". Una de las lecciones que nos planteamos es que no fue posible reorientar ese modelo y hoy nos planteamos la necesidad de reorientarlo, tenemos que ver la posibilidad de por qué seguimos hablando de salud pero pensando en enfermedad. Tampoco se logró superar la capacidad resolutiva del nivel primario de atención, fue muy difícil concretar la intersectorialidad y no se toma en cuenta las necesidades del desarrollo de recursos humanos para viabilizar la atención primaria en salud.



Quisiera recordar una frase de la reunión de evaluación de los treinta años de la APS que dice: "Un futuro digno para la humanidad necesita y exige el rescate de los principio básicos que todos los países del mundo suscribieron en Alma Ata hace treinta años. ***Salud para Todos***, sigue siendo la utopía, el sueño, la Atención Primaria sigue siendo un instrumento para conseguirla".

Hoy hay un planteamiento en el cual convergen por un lado las conclusiones de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS y las conclusiones de la Comisión para Revitalizar y Relanzar la Atención Primaria y construir sistemas de salud universales basados en ésta.

Los Procesos de Reforma de Salud en América Latina: La Historia de APS

Pero la historia de APS en los años 70 y 80, es sustituida rápidamente por lo que viene en estos momentos, por la historia de las reformas neoliberales en salud. Antes veamos su historia y procesos en América Latina.



La **atención de caridad para pobres e indigentes** que es la época previa al surgimiento de los ministerios de salud, surgen luego entre los **años 20 y 40** los ministerios en el marco de programas verticales, como los programas de lucha contra la malaria, o contra la tuberculosis, o por la atención infantil, es una concepción confrontada. Algo que ha marcado la vida de los sanitaristas Latinoamericanos es la confrontación entre la visión integralista y la visón vertical de los programas.

En los **años 40, 50** surgen los temas fundamentales de seguridad social que todavía lo estamos viendo, recordamos que esta seguridad surge en Europa en los años de la Guerra y de la Posguerra por la necesidad de proteger a las fuerzas de trabajo y como una propuesta para contener el avance de las fuerzas "progresistas". Las propuestas de seguridad social solo están dirigidas a una parte de la población. Surge luego el concepto de la **universalidad y de los sistemas públicos**; en América Latina lo único que logra concretarse en ese momento es el modelo de Chile, y por ello consideramos al joven ministro de salud Salvador Allende, el precursor de Medicina Social en Latinoamérica., cuando hace primero un diagnóstico y luego una propuesta de construir el Primer Sistema Público Universal de Salud para el Continente.

Luego viene toda la realidad que aún sigue siendo hegemónica que es la que construimos en nuestros países: mezclas de sistemas entre seguridad social, programas de sanidad, ministerios de salud que atienden fundamentalmente a los pobres, para terminar con sistemas de salud fragmentados sobre los cuales se monta la propuesta de APS y luego en los **años 90,** con mucha claridad, aparecen las reformas neoliberales.

Las Reformas Neoliberales: El Canibalismo del Discurso

Hay que recordar que las reformas neoliberales no fueron reformas exclusivas del sector salud, fueron propuestas como reformas del Estado que conocimos como Programa de Ajuste Estructural que se dieron en el Consenso de Washington. Fueron promovidas por los organismos financieros multilaterales, y esto hay que recordarlo porque mucha gente no tiene claro que dicho consenso no fue otra cosa que una reunión de un reducidísimo número de economistas (25) que se reunieron en 1989, cuando cayó el Muro de Berlín y hubo el derrumbe de la Unión Soviética, estaba finalizando la Guerra Fría, y la confrontación entre dos modelos (socialismo real y mundo occidental) con un hecho central: unos trein-

ta países dejaban de ser centralmente planificados y comenzaban a entrar en el mundo del mercado y estos economistas se reúnen fundamentalmente para elaborar un conjunto de propuestas de políticas económicas para conducir a esos países que estaban saliendo del centralismo (socialismo real) hacia economías de mercado (mundo occidental).

Cinco grandes componentes caracterizaron al Consenso de Washington:

1. Disminuir el gasto público.
2. Abrir la participación al sector privado y a la inversión extranjera.
3. Privatizar estructuras públicas.
4. Acabar con las regulaciones del Estado.
5. Abrir la garantía del derecho a la propiedad.

Esto resumido en dos grandes principios: reducir el tamaño del estado para permitir el predominio del mercado; lo que en nuestro continente bautizamos como las políticas de ajuste estructural-neoliberal, basadas en las propuestas de la Escuela de Chicago y de Milton Friedman que tiene en el texto Capitalismo y Libertad a uno de sus paradigmas centrales, donde el planteamiento es que el organizador de la sociedad es el mercado y hay que permitir su libre juego para que la sociedad funcione, de ahí vino la Teoría del Goteo: Hay que permitir que la economía crezca para que luego permita los sectores menos desposeídos vayan nutriéndose de ese crecimiento económico.

Hay que tener claro que cuando hablamos de neoliberalismo estamos hablando de una nueva etapa del libre mercado y también de una ideología que tiene una forma de entender al mundo y la distribución de la riqueza social basada en el mercado y su planteamiento fundamental es terminar con el papel del estado y permitir la privatización, su paradigma fundamental.

Y el **planteamiento neoliberal en salud** es muy claro y explícito en los textos del Banco Mundial hasta de 1993, afirmando que la salud es responsabilidad individual que pertenece al ámbito de lo privado y debe resolverse en el marco de la relación entre el individuo, la familia y la propiedad en la iniciativa privada. El estado debe garantizar asistencia sólo a aquellos que fracasan en el mundo del mercado, en otras palabras colocar la salud en el mercado. Este planteamiento se camufla a partir del año 1993 dándose un proceso interesante, **la cooptación del discurso o el canibalismo del discurso en donde los neoliberales se apropian del discurso de la equidad y el derecho, el Banco Mundial empieza a hablar de la salud como derecho, pero al mismo tiempo nos ponen a nosotros (los que confrontamos las políticas neoliberales) a hablar por la boca de ellos. Empieza mucha gente a hablar de que las funciones del sistema de salud son el financiamiento, el aseguramiento, la prestación de servicios y la separación de funciones para permitir el adecuado funcionamiento del sistema. Eso que es parte fundamental del planteamiento neoliberal en salud, hoy es un dogma de la salud pública, lo que algunos llaman la "nueva salud pública". Todavía lo que se enseña en las Escuelas de Salud Pública son: 1) La función de rectoría que debe mantener el Estado. 2) La función de aseguramiento. 3) La función de financiamiento. 4) La función de prestación de servicios.**

No podemos aceptar este dogma que fue parte de los planteamientos neoliberales, que prefería la propuesta de separación de funciones, previa a la privatización. El pensamiento neoliberal en salud es un poco más encubierto o disfrazado.



Su primer punto en las políticas y en las reformas es el de la **totalización, atender solo a los pobres,** con paquetes de canastas básicas que en la práctica niegan el derecho a la salud. Hay que distinguir entre una política focalizada dirigida a los pobres y una política integral que prioriza a los sectores más vulnerables y desprotegidos de la población.

El segundo gran planteamiento fue la **descentralización sin centro y sin recursos**, se la hacía para atomizar el sistema de salud, para disminuir el nivel central del sistema de salud, para desembarazarlo de funciones pero que se daba los recursos, los conocimientos, por lo que esa terminó siendo una previa a los procesos de privatización. Diferente es una concepción alterna contra hegemónica de descentralización que puede ir dirigida con recursos y con conocimientos transferir realmente poder a los sectores local y las comunidades.

El tercer elemento es la separación de funciones, **crear condiciones para la competencia y el mercado**. El cuarto y último, es la **recuperación de costos**, lo que llamaban en las propuestas de reforma la autogestión. Muchas veces se dice que deben transferir los recursos a las comunidades pensando que éstas los autogestionaban pero en el centro estaba el cobro por los servicios, la recuperación de costos por la prestación de los servicios.

Dos Concepciones de Salud en América Latina

En el marco de esa discusión el tema central para las políticas de salud en América Latina, es: ¿qué es para nosotros la salud? Hay una clara diferenciación en América Latina entre dos concepciones: **una concepción neoliberal** que plantea la salud como bien individual y en el mundo del mercado; y otra **la Salud como Derecho Social** que debe ser garantiza-

da por el Estado. Esta concepción última estuvo confrontándose en el proceso constituyente ecuatoriano, una constitución que ve a la salud como un servicio, que ve a la salud como un derecho. Nosotros apostamos por la salud como derecho social garantizado permanentemente por el Estado. La posición que se asuma va a ser determinante porque los modelos de gestión o financiamiento van a depender de que se comprenda a la salud como derecho fundamental o servicio público.

Impacto de las Políticas en América Latina

Se privatizaron los servicios, se debilitó al Estado y al sector público, hoy los ministerios de salud son cascarones vacíos sin capacidad de respuesta, llegan ministros que tienen voluntad de construir políticas pero vaciados de contenidos. Se deterioraron los programas, se transfirieron al sector privado; buena parte de esas reformas se dio implementando la deuda externa y las cartas de intención realizadas en 21 países, fueron una receta aplicada e impuesta. Estas preferían los proyectos de **modernización del sector salud**, que sirvieron para vaciar de contenidos a los ministerios, para transferir programas y estructuras al sector privado, consecuencia de eso fue el deterioro de la calidad de la vida y de la salud, permitiendo la aparición de nuevas enfermedades y de otras que fueron ya erradicadas. Hubo también un intenso deterioro ambiental mediante el calentamiento global y la aceleración de la economía. En esos quince años de la aplicación de las políticas neoliberales creció la riqueza, pero que ese incremento no fue acompañado de políticas de redistribución de la riqueza, y que hubo una concentración de la riqueza y hubo un incremento de la pobreza, los ricos se hicieron más ricos y los pobres más pobres. Conclusión: se acentuaron las desigualdades. Hoy las tres corporaciones más grandes del mundo tienen más riqueza que 50 países en donde viven 600 millones de personas. Estas tres corporaciones controlan también los medios de comunicación social. En el libro de Ramonet: ***La Tiranía de la Comunicación***, el demuestra como en los años de las políticas neoliberales hubo un **cambio de la propiedad de los medios de comunicación** que fueron adquiridos por las grandes corporaciones, aparece una nueva función, ya no son medios para informar y comunicar, son medios para crear las matrices de opinión que responden al interés de la comunicación. Se manipula y se mintió a través de los medios de comunicación.



La desigualdad es grande y ya lo decía la ministra de salud de El Salvador: "No podemos enorgullecernos de un mundo en el que la llamada sociedad del conocimiento y la información, convive con la sociedad de la pobreza, la desnutrición, la ignorancia y la incultura".

Desafíos en América Latina en Políticas Progresista en Salud

1. La concepción de la Salud como derecho humano y social fundamental.
2. La comprensión de la determinación social de la salud y de la enfermedad, políticas dirigidas a actuar sobre los determinantes sociales: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución desigual del poder, del dinero y de los recursos.
3. El acceso universal a la salud y a los sistemas universales.
4. Participación social, los movimientos sociales deben empoderarse para hacer avanzar las políticas progresistas en salud.
5. Formación de recursos humanos para la acción medico-social, mucho más humanista.
6. Crítica y confrontación a las políticas neoliberales.

Retos en América Latina en políticas progresista en Salud

1. Fortalecer el Estado, hay que romper con lo que fue el paradigma fundamental de los años 90 que era el Estado no sirve, lo público no sirve.
2. El centro debe de estar en la Atención Primaria en Salud de la gente.
3. Priorizar la lucha contra las inequidades.
4. El modelo de atención basado en la promoción, en la integralidad y en la prevención para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.
5. Hay que asegurar el financiamiento necesario, garantizando que el Estado lo entienda como una inversión fundamental para construir Salud para Todos.
6. Desarrollo integral de profesionales humanos y técnicos.
7. La real y efectiva participación social.

Salud para Todos sigue siendo el objetivo pero requiere de voluntad política, que requiere de capacidad técnica, que requiere de inversión pública y que requiere de participación social. Sigue siendo la utopía que nos mueve, aun en nuestro continente hay fuertes combates librándose contra el modelo médico hegemónico en el cual siguen a pensar de las transformaciones y los cambios del Continente. A pesar de esta situación nueva en el Continente, en salud seguimos dominados por políticas asistencialistas.



DIALOGO DE INVESTIGADORES: CANADÁ Y AMÉRICA LATINA

ESTRATEGIAS PARA EXPANDIR Y DAR SUSTENTABILIDAD A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD INTEGRAL

Dr. Walter Flores
Director del Centro de Estudios para la Equidad y Gobernabilidad de Sistemas de Salud-CEGSS, Guatemala.

Dieciséis investigadores de América Latina y Canadá participaron en este taller donde se discutió las lecciones aprendidas y los retos actuales relacionados a expandir la atención primaria en salud integral (APS-I).

El primer día fue dedicado a clarificar la relación del concepto de APS-I con otros conceptos como "municipios y ciudades saludables", "sistemas locales de salud" y otros que han estado en boga en diferentes momentos de la última década. El acuerdo al que se arribó fue que existe una relación entre municipios y ciudades saludables a través de acciones que se implementan en los sistemas de salud o servicios de salud del primer nivel. La otra relación es a través del trabajo intersectorial. Aquí fue aclarado que otros sectores (medio ambiente, agricultura) llevan a cabo acciones que involucran servicios de salud y lo denominan de distintas formas (ejemplo, desarrollo sostenible para el sector ambiental). Sin embargo, las acciones instersectoriales, cuando son realizadas desde el sector salud, son parte de la APS-I.

Los factores que afectan la universalidad y la sustentabilidad de las acciones de APS-I generaron un intercambio importante entre los participantes. Se discutió que existen dos retos principales para los países. El primero es logar la universalidad en sistemas de salud que son fragmentados y segmentados. El segundo reto es involucrar a todos los grupos poblacionales para el apoyo de la APS-I. Por lo general, en los sistemas segmentados, los estratos de clase media y alta utilizan el subsistema privado. Se ha identificado casos donde estos mismos estratos se oponen al fi-

nanciamiento de un sistema público de APS pues perciben que ellos no se benefician del mismo. El apoyo político de estos estratos de población, incluyendo la opinión pública en general, también es vital para la sustentabilidad de la APS, por lo tanto, se constituye no únicamente en un reto técnico sino también en un reto que involucra acciones y estrategias políticas. Aquí un argumento importante es comunicar y producir evidencia sobre los beneficios (no específicos a servicios de salud) relacionados a una mayor equidad, justicia social y el fortalecimiento de la democracia. Todos estos beneficios son importantes para la gobernabilidad de nuestras sociedades.

Dentro de la sustentabilidad, otro tema de relevancia fue el financiamiento de la APS-I. Los participantes en el taller discutieron y estuvieron de acuerdo que el financiamiento pasa por abordar la política fiscal de los países. Por lo tanto, el trabajo hacia una APS-I no puede ignorar la necesidad de incidir hacia una política fiscal progresiva.

Otro tema central en el taller fue la discusión sobre la formación y labor del recurso humano en salud dentro de un marco de APS-I. Se reconoció que la APS-I requiere que el recurso humano sea parte de un sistema ético y de valores que abogan por la equidad y la inclusión ciudadana. Por ello, es claro que los procesos de formación deben tener como eje central el transmitir este sistema de valores y principios éticos. En adición a lo anterior, se reconoció que existe información técnica que necesita ser abordada. Algunos de los temas técnicos son:

a. ¿Cuál debe ser el rol de cada una de las profesiones (ej. médicos, enfermeras, psicólogos, trabaja-





dores sociales) que son parte de equipos de APS en relación con los procesos de desarrollo comunitario?

b. ¿Cuál es la composición ideal de los equipos de APS (tanto en profesiones como en cantidades por población atendida) que permitan obtener los mejores resultados para la equidad y eficiencia?

c. ¿Cuál debe ser el rol de los trabajadores comunitarios de salud (TCS) en el contexto actual donde muchos de ellos son financiados por agencias de gobierno? ¿Cómo lograr que los TCS mantengan una rendición de cuentas hacia las comunidades? ¿Cuál debe ser la relación de los TCS con otros profesionales que son parte de los equipos de APS?

El tema de los sistemas de información abarcó discusiones sobre el balance que debe existir entre la producción de información y aquella que es utilizada para procesos de toma de decisión. Existe una tendencia a desarrollar sistemas de información complejos y costos de mantener de los cuales no toda la información es de relevancia.

Finalmente se abordó los procesos de gobernanza de la APS-I. Esta área es una de las más novedosas en la discusión sobre APS por lo tanto existen varios aspectos que necesitan ser investigados, debatidos y acordados. Entre los aspectos de mayor relevancia se encuentran:

a. ¿Cuál es la contribución de un sistema de gobernanza (que incluye prácticas democráticas, de

transparencia y rendición de cuentas) para alcanzar mejores resultados de una APS-I (equidad, inclusión social, calidad de vida)?

b. ¿Qué modelos de procesos de toma de decisión son facilitadores de una APS-I?

c. ¿Cuál es el rol de un enfoque de derechos humanos como facilitador de procesos de gobernanza democrática?

d. ¿Existe un riesgo de que el hacer énfasis en la gobernanza remueva la responsabilidad de los gobiernos?

El tercer día se empleó en la discusión de proyectos de investigación colaborativos que permitan avanzar en la comprensión y producción de evidencia relacionado a los temas identificados en los dos días de discusión anteriores. Aquí sobresalen acuerdos para implementar estudios de caso comparativos sobre APS-I en países de América Latina y Canadá. Se acordó también que existe una necesidad por implementar tanto estudios de casos retrospectivos como prospectivos, basados en enfoques de investigación-acción participativa. Una comisión específica fue nombrada para continuar el desarrollo de las propuestas de investigación.





PROBLEMAS Y DESAFÍOS DE LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTEGRAL

Dr. Eduardo Espinoza, El Salvador
Movimiento para la Salud de los Pueblos
Vice-Ministro de Salud de El Salvador

La salud es un bien público y un derecho humano fundamental y a su vez es parte fundamental de la estrategia de desarrollo humano del país. Es indispensable y urgente romper con la mercantilización de la salud impuesta en los últimos veinte años. Para concretar este desafío histórico es importante:

- El fortalecimiento de la organización comunitaria y la participación social en salud
- La integración gradual de todas las redes de servicios del sector público para erradicar la fragmentación actual.
- Eliminación de los mecanismo que imponen pagos directos a los usuarios.

Para no olvidar:

- Ningún país ha logrado cobertura universal con una inversión pública inferior al 6% de su PIB (Producto Interno Bruto).
- Ningún país ha logrado garantizar la salud y proteger a sus habitantes contra las consecuencias económicas del daño y la enfermedad, con niveles por debajo de un 70% de gasto público, como porcentaje del gasto total en salud.

Dra. Francoise Barten
Profesora de la Universidad de Niemgen, Holanda

Trabajar en la constitución de Redes significa:

- Fortalecer a grupos comunitarios para que sean capaces de construir, sistematizar acciones, encuentros e intercambiar experiencias y oportunidades;
- Ampliar la visión de las acciones positivas y saludables en las comunidades de bajos recursos, reduciendo así el estigma y la distancia entre las ciudades desarrolladas y menos desarrolladas;
- Mejorar el poder político, reforzando sus capacidades para defender su derecho a la salud; y gestionar programas y políticas sociales de salud para sus territorios.

Dra. Ligia Geovanella

PhD en Salud Pública, Departamento de Gerencia y Planificación de Salud, (Escuela Nacional de Salud Pública, Fiocruz, Río de Janeiro-Brazil)

- Una característica de la APS integral es la comprensión de la salud como inseparable del desarrollo económico y social.
- Lo que implica en actuación dirigida para los problemas de la comunidad y la articulación con otros sectores, desencadenando y mediando acciones intersectoriales para la promoción de la salud.
- La actuación intersectorial es más completa cuando responde a una política municipal y a una modalidad integrada de actuación gubernamental diferente de proyectos específicos o emergenciales.

Dr. Román Vega

Facultad de Economía y Gerencia, Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá), Participación comunitaria

- La movilización y participación comunitaria ha sido fundamental para derrotar las políticas neoliberales, recuperar, profundizar y defender la democracia, fomentar los cambios sociales progresistas y reformar los sistemas de salud
- La APS ha mostrado ser una palanca poderosa para impulsar la organización autónoma y la participación comunitaria en las decisiones, el control social y la rendición de cuenta de los gobiernos.
- En Brasil, Venezuela, Bolivia y Ecuador la participación social ha contribuido a la formulación, implementación y seguimiento de las políticas y programas.
- La descentralización (devolución de poder a las comunidades) y la buena gobernanza han contribuido a la implementación de la APS y al empoderamiento comunitario (Ceará)

Dr. Ronald Labonté

Universidad de Ottawa-Canadá

La Atención Primaria de Salud Integral pretende:

- Promover la equidad en el acceso a la atención y servicios de salud, así como otros servicios y recursos esenciales para la salud.
- Reducir la vulnerabilidad a través de los cambios y empoderamiento de las capacidades de la comunidad.
- Reducir la exposición a los riesgos, a través de cambios en las determinantes ambientales y sociales de la salud.
- Mejoramiento de las oportunidades, mecanismos de participación y capacidad política de los conglomerados sociales más pobres a través de las iniciativas promovidas por la atención primaria integral de salud.
- Incremento de la equidad a través de los logros en salud de la población.

"la salud es un asunto social, económico, político y sobre todo es un derecho adquirido por la sociedad".



LA FORMACION DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN "SALUD COLECTIVA"

SÍNTESIS DE LAS PLENARIAS DE LOS TALLERES DE DISCUSIÓN

Dr. Jaime Morales S.M.
Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Cuenca

Este documento recoge las principales ideas y propuestas planteadas por los asistentes al taller, durante las sesiones de discusión que se llevaron a cabo los días 14, 15 y 16 de septiembre de 2009 en horas de la tarde, las mismas que tuvieron como marco referencial las conferencias, paneles y mesas redondas que sobre la temática se desarrollaron por las mañanas.

Características del Contexto

Las siguientes son algunas características que obstaculizan la formación de profesionales en salud colectiva:

- La crisis mundial del Sistema Capitalista ha afectado directamente a la salud y educación de los pueblos, y en especial la actual estructura política y económica.
- Existe divorcio entre el Estado y las instituciones formadoras de recursos humanos, la salud ha sido parte de un plan y no es una política de Estado, a pesar de que en la Constitución de la República se plantea claramente.
- La salud es mercancía. Predomina la inequidad y desigualdad, prevalecen elevados índices de desempleo, subempleo y la informalidad; la riqueza sigue mal distribuida, pues, el sistema es no solidario sino competitivo e individualista

- No se ha desarrollado una cultura participativa y democrática en el ejercicio de derechos y responsabilidades de los ciudadanos, como consecuencia, no existe una real participación de los actores y sujetos sociales de diversos escenarios.
- Predomina una visión fenomenológica de los problemas sociales y de salud.
- El sistema de salud es fragmentado, segmentado e incoordinado, con la aplicación de programas verticales de salud, con el predominio casi exclusivo del MSP, que no incluye a otros sectores públicos.
- No se evidencian manifestaciones de participación ciudadana en las decisiones. El quinto poder del Estado está sumiso y burocratizado.
- El gobierno no se vincula con las universidades, por autoritarismo y contradicción entre el discurso y la práctica; se evidencia irrespeto a los derechos de la universidad.
- El incremento descontrolado de universidades y carreras en áreas de la salud que no responden a las demandas reales de la comunidad.
- Falta de accesibilidad e insuficiente cobertura de servicios básicos y de salud, a pesar de los indicadores oficiales.
- Los recursos humanos laboran sin compromiso con la sociedad ni con la APS.
- Existen factores que facilitan la formación de profesionales de la salud en salud colectiva:
  - Los avances en la nueva Constitución de la República que plantea a la salud como derecho.
  - Existe una corriente mundial para el cambio, debido al despertar del movimiento social que tiene conciencia de la salud como derecho y reconoce el fracaso del modelo neoliberal.
  - El impulso al trabajo intersectorial en salud.
  - A nivel local existen relaciones adecuadas entre el gobierno local y las universidades.
  - Se han asignado más recursos económicos al sector salud.

Dificultades para la Aplicación de un Modelo de APS en la Formación

- No existe una política justa, equitativa y ética en la distribución de recursos humanos en los sectores de la salud pública.
- Falta de voluntad y decisión política para reorientar los servicios de salud a la APS.
- Existe fuerte influencia de los grupos de poder en la implantación de políticas de Estado y de formación de recursos.
- Limitada comprensión de la estrategia de la APS en los profesionales, docentes y estudiantes, lo que ha conducido a distorsiones del concepto de APS, asociándolo con baja calidad, cambio de escenarios, a una débil visión de la salud ligada a los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales.
- Débil coordinación del sector salud y las universidades y a veces desacuerdo, discrepancia que muchas veces ha llevado a la ruptura de la relación gobierno-universidad.
- Predomina en la formación la utilización de escenarios hospitalarios, que condiciona hacia una orientación biomédica e impregna en los aspiran-

tes una ideología (no al bien público) orientada al mercantilismo. Las propuestas de cambio de paradigma generan resistencia por parte de determinados sectores de la planta docente.

Líneas de Acción

- Fortalecimiento de la organización y participación comunitaria.
- Educación, concientización y socialización de la APS comenzando por los docentes, los estudiantes y la comunidad.
- Aprovechar los convenios con MSP, otras instituciones y organizaciones internacionales, en coordinación interinstitucional e intersectorial.
- Contextualizar las políticas de APS
- Preparar a líderes y expertos en APS.
- Vincular a los estudiantes desde el inicio de la formación con las necesidades colectivas.
- Apertura de la universidad al cambio.
- Desarrollar compromisos para asumir tareas conjuntas con el MSP.
- Coordinar las acciones de docencia, servicio e investigación, con integración de asignaturas.
- Valorar a los recursos formados en APS.
- Se necesita voluntad de cambio y decisión política para hacer reingeniería del currículo.
- Es necesario coordinar con las facultades y luego coordinar con las organizaciones sociales, otras instituciones y la comunidad para formar y trabajar en



equipos, en escenarios diferentes, con nuevas estrategias didácticas, es decir, un cambio del modelo educativo centrado en el aprendizaje del estudiante activo, desde los niveles básicos de la carrera.

- Formación de formadores con énfasis en APS, todo docente debe tener conocimientos y llevarlos a la práctica con la aplicación de nuevas tecnologías de aprendizaje, el aula virtual, el aprendizaje centrado en el estudiante, no sólo con enfoque curativo sino que incorpore a la promoción, la prevención, el conocimiento de los determinantes de la salud, en el conocimiento de la realidad, con la inclusión de nuevos saberes como la antropología social, las matemáticas, etc.

LA SALUD COLECTIVA Y LA EDUCACIÓN POPULAR

Sobre la Salud Colectiva en las Universidades

- La universidad se ha funcionalizado a la estructura imperante y está adaptada a la misma, a una sociedad excluyente y guiada por un estado capitalista que ha respondido a los intereses del mercado. La universidad se ha convertido en instrumento de la gran burguesía y forma profesionales para fortalecer al sector privado.
- Consecuencia del modelo económico dominante, estamos formando profesionales que responden a directrices de desarrollo tecnológico, que limita su capacidad crítica y reflexiva. La formación médica sin formación pedagógica solo transmite el conocimiento.
- La Salud es vista como enfermedad y en consecuencia el proceso de formación está dirigido a la curación, transformando la práctica médica en un medio de lucro.
- No hay escenarios práxicos, los existentes están en función del modelo biomédico. Hay carencia de correspondencia de la teoría con la práctica, haciendo que el discurso de salud tenga un contenido retórico fuerte que no se reproduce en la práctica.
- El estudio de salud pública es incipiente en las aulas de medicina y existe un bajo compromiso de los profesionales de la salud, que ha repercutido en la baja inclinación de los profesionales en la investigación de la salud comunitaria.
- Se ha producido ruptura con la sociedad, se obtienen experiencias de otras regiones, generadas por ausencia o baja producción de investigación y de metodologías propias.
- Las propias instituciones han dejado a la universidad arrinconada, buscó desarrollo de grupos políticos al interior desconociendo lo que sucedía alrededor: se dice que la sociedad es reflejo de la universidad, pero parece ser a la inversa.
- Hay una generación de ideas desde la universidad cuando se ejerce la verdadera función que es la búsqueda de la verdad, pero para ello la universidad debe tener ciertas condiciones, pero en definitiva en el área de la salud las universidades están tomadas por áreas dominantes.
- La cultura neoliberal impactó en docentes y estudiantes eliminando el interés por lo social, pero manteniendo un mimetismo político, ser de izquierda en la universidad y de derecha en la sociedad médica empresarial. Los estudiantes se ven influenciados con esta corriente.



Espacios y Metodologías para Desarrollar el Pensamiento Crítico.

- Existe predominio de la educación conductista que limita las oportunidades de interacción. Se deben generar ambientes colectivos de reflexión y acción que permitan al estudiante saber que la salud y la educación no es caridad sino un derecho.
- La universidad debe promover ambientes de diálogo y discusión entre las diferentes facultades de medicina del Ecuador, sobre la salud individual y colectiva, pero la mayor parte de actividades están orientadas a docentes.
- En este sentido la APS se convertirá en un espacio clave para fortalecer el pensamiento y la acción en salud individual y colectiva, en la que deberá incluir temas importantes como: la seguridad alimentaria, la cultura, las relaciones entre lo político y lo ambiental, generación de políticas.
- La formación debe priorizar los escenarios reales como la comunidad, como espacios de trabajo y consumo que permita identificar las diferencias entre las clases sociales y el comportamiento de las enfermedades.
- Necesitamos un nuevo modelo pedagógico que facilite el pensamiento social, por ejemplo a través del debate.
- La universidad pública debe definir un nuevo perfil del profesional y definir el modelo de pensum para su formación. El mercado de trabajo ha definido el enfoque en el que se desarrollará el futuro profesional.

Líneas de Acción para Construir Puentes entre la Salud Colectiva y la Educación Popular

- Fortalecer el currículum con nuevas disciplinas críticas como la economía política, etc.
- Desarrollo de modelos de conducción de la salud en la comunidad.
- Desarrollar Observatorios en diversos campos: minería, agroindustria, desarrollo urbano, para generar visiones más integrales de la realidad.
- Generar mecanismos que faciliten la interculturalidad con la medicina tradicional y afro - ecuatoriana.

Puntos de Encuentro en la Trilogía: Investigación, Formación en Salud Colectiva y Educación Popular.

- Impulsar proyectos de Investigación de carácter social, por ejemplo con la investigación acción-participativa para entrar en diálogo con los actores y sujetos sociales y participar en la búsqueda de soluciones mutuas a los problemas comunitarios.
- Reproducir propuestas beneficiosas para la universidad, el estado y servicios de salud y comunidad, y que no se privilegie el interés particular.
- Generar propuestas con carácter de sustentabilidad para recuperar la credibilidad de las comunidades, para lo cual es necesario seguir debatiendo, y aplicando las categorías sustentabilidad y sostenibilidad.
- En la actualidad existe fracaso del proceso: hay burocratización del principio de participación ciudadana por decreto constitucional.



LA INTERCULTURALIDAD Y LA FORMACIÓN EN SALUD FAMILLIAR Y COMUNITARIA

- Debe abrirse un debate epistemológico que dé cuenta de las posibilidades de inserción de una visión de interculturalidad sobre la base de un modelo que prioriza la formación sustentada en la visión occidental de la salud, centrada en la enfermedad, en el individuo, en el hospital y medicalizada.
- Profesores y estudiantes desconocen los contenidos de interculturalidad, como etnias, naciones, nacionalidad, cultura, etc., así como el trabajo comunitario, no existe enfoque intercultural en las asignaturas de las universidades que forman profesionales para la atención de la salud.

- Propiciar el respeto por las culturas diversas que se desarrollan de manera independiente para luego buscar momentos de interacción.
- Debemos recuperar y orientar el fundamento filosófico, axiológico, para encontrar el sentido del ser, el saber, el saber hacer, el sentir y el hacer.
- Como profesionales de la salud debemos saber y saber actuar con las distintas culturas de atención de la salud.
- Debemos recuperar el respeto y el reconocimiento de la APS y de los diversos niveles de atención.
- Debemos ejercer en la práctica la Interculturalidad en las escuelas de la salud, frente a la diversidad cultural de los estudiantes pues nos enriquece.
- Construir nuevos conocimientos con visión intercultural.

En la Formación de Profesionales de la Salud

- El tema de la Interculturalidad es un componente central, no se debería formar profesionales sin esta visión.
- Si no reconocemos la diversidad cultural en los espacios de formación y de trabajo nuestras intervenciones no serán eficaces.
- En las aulas universitarias debemos conocer y reflexionar los procesos de la Interculturalidad y la Pluriculturalidad, con disciplinas como la socio- antropología, que nos permite interactuar con seres humanos, con diferentes culturas. Debemos dar mayor peso en la formación de los profesionales de la salud a las ciencias sociales.
- Trabajar reconociéndonos iguales frente a nuestros derechos, significa que juntos podamos ir construyendo esa interculturalidad, esos valores, para visibilizar a los que han sido excluidos.

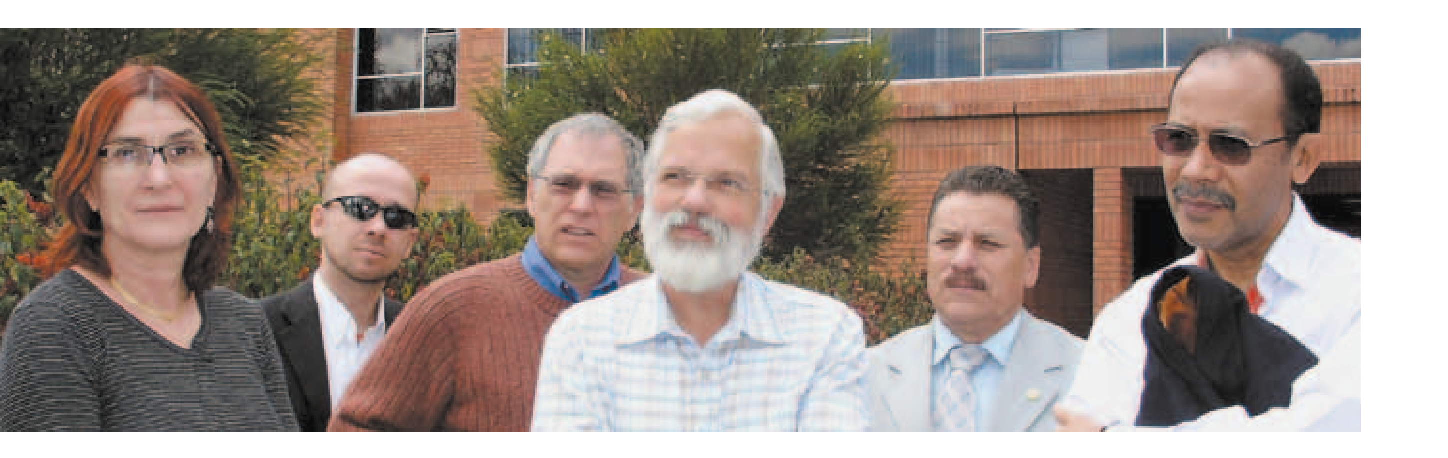
En la Atención de Salud

- La Interculturalidad es una nueva visión en salud, un cambio de paradigma.
- La Interculturalidad en el enfoque sumak kawsay es trascendental, por ser parte del modelo de desarrollo.
- No debe haber fraccionamiento de la cultura al momento de la atención, nuestro enfoque occidental no nos ha permitido reconocer al otro y asumimos una posición de dominación desde de la cultura.
- El reto para el presente y el futuro es romper el paradigma cultural dominante, saber qué es, fomentar el respeto a las culturas diversas, conocerlas para poder intervenir.



Líneas de Acción

- La Interculturalidad como eje, no debe enseñarse como asignatura, sino constituirse en eje transversal que esté presente en el discurso y en la práctica, apoyado en las ciencias sociales (socio - antropología), en el tema de la comunicación, contenidos acerca de la existencia de la diversidad de los pueblos y culturas de nuestro medio, sin quedarse en lo académico, reforzando la práctica de los valores: que guiarán nuestra conciencia, nuestra ideología a aceptar la diversidad y a romper el discrimen y el prejuicio.
- La interculturalidad debe constituirse en el eje de la carrera y en la formación del pensamiento en toda acción universitaria y estar vigentes para actualizar continuamente el currículo en sus ejes, con la participación de todos los docentes.
- Incluir del debate en la formación y propiciar el empoderamiento de los estudiantes.
- El escenario privilegiado de formación debe ser la comunidad, para que observe la realidad de manera crítica.
- Debemos conocer la realidad económica, social, cultural de los estudiantes, para que en las actividades de los cursos preuniversitarios, en las asignaturas, en el internado y en el año de ejercicio de la salud rural conozcan en qué realidad van a actuar, y reconocer el carácter de universidad y de universalidad, reconocer las autonomías no solo de la universidad sino de las comunidades, para no potenciar los procesos de aculturación.





REFLEXIONES Y LÍNEAS DE ACCIÓN PARA MEJORAR LA FORMACIÓN Y LA EDUCACIÓN POPULAR EN SALUD COLECTIVA.

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN CUBA.

Dr. Jorge González Pérez.
Rector. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana-Cuba.

Informe Delors de 1995

Los 5 saberes a lograr en la educación superior:

- aprender a pensar.
- aprender a hacer.
- aprender a emprender.
- aprender a ser.
- aprender a vivir juntos.

Formación en Salud en Cuba desde la APS

1. Implementación del Internado desde la APS.
2. Centrar la formación desde el puesto de trabajo, por ejemplo en la APS mediante el PPU.
3. Reingeniería del plan de estudios de Medicina con asignaturas rectoras e integradas, como MGI y morfofisiología, además de salud pública.
4. Formación tutorial centrada en el alumno y con profesores integrales en consultorios de la APS.
5. Nuevas "formas de organización de la enseñanza" (FOE) para la APS.





LA EDUCACIÓN POPULAR

LOS ESPACIOS SOCIALES PARA LA INVESTIGACIÓN, LA FORMACIÓN Y LA EDUCACIÓN POPULAR EN SALUD COLECTIVA.

Dr. Mauricio Torres Tovar - M.D.
Coordinador Región Andina
Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)
Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social

"Nadie lo conoce todo ni nadie lo desconoce todo; nadie educa a nadie, nadie se educa solo, los seres humanos se educan entre sí mediados por el mundo"

Paulo Freire

Cuenca es un referente histórico muy importante para la medicina social y la salud colectiva. Cuenca I (1972) y Cuenca II (1974), eventos ligados al trabajo intelectual y político que lideró Juan Cesar García.

Preguntas Indispensables

- ¿Qué tanto los procesos educativos nos han permitido posicionar, extender y consolidar el pensamiento crítico en salud?
- ¿Qué tanto terreno hemos ganado en lo contra hegemónico de la producción de conocimiento y formación en el campo de la salud?
- ¿Cómo ha sido la experiencia de formación en salud critica desde otros escenarios distintos a los institucionales académicos?

Enfoques de la Educación para la Salud

- Informativa
- Comportamental
- Participativa, crítica y emancipadora

Legado de Juan Cesar García

Durante las décadas del 60, 70 y 80 el clima de discusión, estudio, investigación y formación del recurso humano en América Latina se articuló desde las ciencias sociales en un amplio trabajo, de análisis crítico y propuestas teórico -metodológicas reconocidas por sus aportes a la construcción de un pensamiento social en salud, trascendiendo el biologicismo y funcionalismo hegemónico.

Desde este abordaje, algunas corrientes en el continente agrupadas con el nombre de Medicina Social, bajo el liderazgo de Juan César García, permitieron la discusión y elaboración de elementos para la construcción de una teoría de lo social en el campo de la salud.

Experiencias en el Campo de la Educación Popular

En América Latina las experiencias en el campo de la educación popular son inmensas: organizaciones culturales, centros de educación de adultos, comunidades eclesiales y círculos de alfabetización, centros especializados en promoción y apoyo a las experiencias de base.



La Escuela de Warisata fue la pionera, se fundó el 2 de agosto de 1931 en el altiplano boliviano. En Warisata no había separación entre escuela y comunidad; la comunidad era el principio pedagógico: "todo lo comunal se concentraba en la escuela y ella reproducía lo comunitario". La comunidad no sólo construyó la escuela sino que se implicó en la dirección de sus asuntos cotidianos, incluyendo los planes de estudio. La escuela sirvió para consolidar y fortalecer el tejido comunitario.

Trabajo comunitario en salud con formación de promotores en salud en diversos lugares de México, Centro América y Sur América, inicialmente como respuesta al abandono estatal:

- Sur de México.
- Norte de Guatemala.
- Nicaragua.
- El Salvador.
- Colombia.
- Universidad Internacional de Salud de los Pueblos (IPHU).

Comprensión de la Educación por parte de la Educación Popular

1. Educar es conocer críticamente la realidad.
2. Educar es una práctica política.
3. Educar es forjar sujetos de cambio social.
4. Educar es dialogar.

Características de la Educación Popular

- La ruptura con enfoques bancarios, verticales y autoritarios en la educación.
- Búsqueda de una relación pedagógica horizontal.
- La educación ligada a la acción. Se parte de la realidad para volver a ella y transformarla.
- Adopta los modos de conocer y elaborar el conocimiento de los sectores populares.
- Se parte de un currículo explicito que aborda las necesidades en formación de los diferentes actores comunitarios y permita el accionar de las organizaciones.

Rasgos Distintivos de la Educación Popular

1. Lectura crítica de la realidad social, en particular de las injusticias generadas o acrecentadas por el sistema capitalista, y del papel reproductor del orden social que juega el sistema escolar.
2. Opción ético-política emancipadora, al identificarse con la construcción de una sociedad en la cual se superan las injusticias e inequidades actuales, proyecto que se identifica con el socialismo.
3. Contribución a la constitución de los sectores populares como protagonistas de esta transformación social, a partir del fortalecimiento desde la educación, de sus organizaciones y movimientos.
4. Lo educativo como formación de una conciencia crítica en los educandos populares, entendida como toma de conciencia de la realidad injusta y de la necesidad de transformarla.
5. Creación de metodologías de trabajo basadas en la construcción colectiva de conocimiento, el diálogo y la acción.

Exigencias Actuales a la Educación Popular

- Mayor articulación de la EP a los movimientos sociales, como contribución a la construcción democrática; ello implica generar sinergias entre los centros de EP y entre los movimientos sociales entre sí, en torno a proyectos educativos pertinentes y concretar la idea de una ***"universidad popular"*** planteada en la Asamblea.

- La EP debe retomar su papel en la generación de conocimiento y pensamiento crítico desde su especificidad pedagógica. Sistematización de experiencias y saberes educativos y el diálogo creativo con otras perspectivas de pensamiento y acción crítica como el género, la teología de la liberación, la justicia alternativa y la ecología.

- La EP debe reactivar los espacios y procesos de formación de educadores populares de base. Para posibilitar una cobertura continental, se tendrá que acudir a las nuevas tecnologías de la comunicación.

- Reposicionar las perspectivas de género, de derechos humanos y ambientalistas dentro de las prácticas y discursos de la EP. Más que «transversales», estas temáticas deben estar explícitas, tanto en las prácticas educativas como en la vida cotidiana de los centros educativos y movimientos sociales.

Exigencias Actuales a la Medicina Social/Salud Colectiva

- Mayor articulación con los movimientos sociales. Debe generar los procesos de educación rearticulando los escenarios de la vida y la salud.

- Retomar su papel en la generación de conocimiento y pensamiento crítico.

- Reactivar los espacios y procesos de formación de militantes de base.

- Tender los puentes necesarios con las perspectivas de género, de derechos humanos, ambientalistas e interculturales.

- Contribuir a politizar la pedagogía y a pedagogizar la política.

- Debe acompañar directamente las organizaciones, luchas y movimientos de resistencia y liberación. Recomponer el escenario de formación.

Tender Puentes entre la Educación Popular y la Educación Formal en Salud Colectiva

- Superar por parte de los educadores populares la idea de que la escuela es el lugar central de la ideología dominante y un lugar de reproducción social del sistema; igualmente significa para los maestros y educadores del sistema formal, superar la mirada sobre la educación popular como específica del mundo adulto y reconocer en estas prácticas procesos reflexivos que permiten desescolarizar la educación.

- Hacer un puente que permita establecer nexos precisos entre lo macro y lo micro y construir nuevas prácticas que recojan lo mejor de cada una para plantear un proyecto social, cultural, económico, educativo y pedagógico emancipatorio.



PROGRAMA "ESCUELA DE PROMOTORES DE SALUD"

Dr. Ulises Freire A.
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Cuenca

Objetivo General

- Generar un espacio de sensibilización e involucramiento de actores sociales en la promoción de la salud como derecho universal irrenunciable, promover y apoyar su gestión y constante transformación de acuerdo a su multidimensionalidad, a las particularidades y generalidades de cada contexto y proceso de vida.

Objetivos Específicos

- Establecer espacios de diálogo de saberes y prácticas en el marco de la intersectorialidad, la transdisciplinariedad, la interculturalidad, apuntando a la salud colectiva.
- Generar procesos de involucramiento social en las acciones de la promoción de la salud y la actividad académica.
- Fomentar la promoción de la salud y la vida con dignidad (Buen Vivir) a través del desarrollo del pensamiento crítico en procesos de extensión universitaria e investigación.
- Desarrollar herramientas y metodologías a fin de aportar a la salud colectiva a través de la educación popular y el enriquecimiento de procesos locales.

Aprendimos que uno de los objetivos de la universidad no es tener extensión universitaria sino **ser extensión** en la comunidad, desde este entendido pretendemos construir uno de los caminos, por lo que se vuelve sumamente necesario el desarrollo de una educación popular, la investigación y la sistematización, en donde recreemos el accionar universitario - comunitario y la corresponsabilidad por la salud y la vida con dignidad (Buen Vivir).





LA ORGANIZACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN POPULAR EN LA TRANSFORMACIÓN SOCIAL DE LA SALUD - EL DERECHO A LA SALUD.

Dra. Nila Heredia M., Bolivia.
Organismo Andino de Salud

¿Es posible la participación popular en una sociedad basada en la desigualdad?

No es posible la participación popular en el modelo dominante, porque su matriz civilizatoria privilegia lo individual al colectivo, la primacía de lo humano a los demás seres, en el uso de la naturaleza como un medio de bienestar supuestamente universal, en la magnificación de sus creaciones e imposiciones universales.

En la cultura política comunitaria de las poblaciones bolivianas es el asambleismo, como un espacio de deliberaciones y de decisiones a la vez que distribución de responsabilidades y tareas colectivas.

Esta cultura se copia en el sindicato como un mecanismo político central.

El cogobierno como experiencia de intervención en las decisiones políticas y control de la ejecución.

Entonces es la asamblea el espacio privilegiado de participación y de gestión, que se reúne en base a una agenda manejada por sus direcciones.

Los otros actores deberán gestionar la incorporación de los temas a través del convencimiento de la necesidad de tocar uno u otro tema en el mismo nivel de las preocupaciones que el resto.

- Los espacios de deliberación son ámbitos de encuentro y diálogo, básicamente entre la estructura social de salud y la estructura estatal de salud, con la presencia de otros sectores.
- Es el espacio de acuerdos para resolver problemas y se adoptan decisiones en relación a los determinantes: la producción, educación, vivienda, ingresos, etc., de esa manera mejorar la salud y la vida.
- Estos espacios están basados en criterios de integralidad, intersectorialidad, interculturalidad.



- Hacer este cambio significa descolonizar las estructuras mentales, es distribuir el poder, es reconocer que hay otros valores, conocimientos y saberes.
- Es despojarse del mandil y es trabajar codo a codo, construyendo salud a partir de la modificación de las determinantes sociales donde el equipo de salud, deberá reconocer sus limitaciones y sobre todo el derecho a ejercer sus derechos.
- Es modificar los planes curriculares escolares, universitarios y otros de formación.
- Es reconocer que el vivir bien o el buen vivir solo será factible cuando todos veamos en el otro no una competencia ni una oportunidad.
- Es privilegiar el bien común.
- ES ACEPTAR LA EXISTENCIA DE OTROS SABERES Y DE OTROS SABIOS.

Interculturalidad en el Modelo de Atención y en la Formación Sanitaria

El mundo del habitante originario está lleno de seres, plantas, animales, de los que le precedieron y de los que vendrán. Todo tiene vida, hasta las piedras.

El espacio circundante no está vacío, sino habitado, los movimientos del aire, las sombras ocultan presencias. La persona está inmersa en un fluir que enlaza tiempos y lugares, es nudo de una red, no es un individuo aislado.

El hoy no les pertenece. La naturaleza no les pertenece, pertenece a todos y es la simiente de la vida.

Cómo Deberíamos Entender en Salud la Categoría Interculturalidad

La Interculturalidad es un puente, un enlace o una estrategia que toma en cuenta las variables étnicoculturales de la población indígena en el proceso de atención de salud (Citarella et al, 2000) y por ello, las acciones emprendidas deben responder a un proceso de comunicación intercultural donde la validación y negociación culturales hayan sido desarrolladas.



LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL MARCO DEL NUEVO MODELO DE ATENCION DE SALUD

Dr. Fernando Astudillo A.
Director Ejecutivo de AFEME

Caracterización del modelo

- El modelo de atención hace énfasis en la estrategia de atención primaria de salud especialmente en su estrategia renovada y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de los que el país es signatario.
- Requiere de un enfoque razonado y basado en la evidencia para lograr una atención universal, integral e integrada
- *"Se orienta a reconocer y facilitar su importante papel en la promoción de la equidad en salud y del desarrollo humano, exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como; el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención".*
- El modelo de atención también hace énfasis en la promoción de salud que ha sido definida como: "proveer de los medios necesarios a la población para que mejore su salud y ejerza un mayor control sobre la misma".
- Reconoce que las instituciones de salud no pueden proporcionar, por si solas, las condiciones ni asegurar las perspectivas favorables para la salud; exige por lo tanto la acción coordinada de todos.
- El modelo de atención está centrado en la familia, analiza su contexto bio-psico-social y necesidades particulares en cada etapa de su ciclo vital.
- La medicina tradicional indígena se incorpora en este modelo por su enfoque holístico ancestral que pregona la salud como la perfecta armonía del ser humano con la naturaleza.

Rol de la Educación Médica: Formar Personal de Salud con los Siguientes Atributos

- Calidad y calidez en la atención con dignidad y eficiencia.
- Atención longitudinal en el tiempo y en el espacio. Es decir, en el servicio, la casa, el trabajo, la escuela.
- Manejo Integral: aborda todas las necesidades del cuidado de la salud, tanto biológico como psicológico y social en promoción, prevención y rehabilitación.
- Coordinación: implementa la atención con otros niveles de atención, para lo cual crea redes y micro-redes locales que permitan la referencia y contrareferencia interna y externa.
- Alta calidad científica y humana: para lo cual manejan protocolos de atención basados en evidencia científica, que se flexibilizan de acuerdo a la realidad local.
- Participativa: la comunidad adquiere un rol activo tanto en la planificación y la veeduría como en la participación con diversas modalidades.
- Transparente: incorporan en su cultura de servicio la rendición de cuentas.





Trabajamos y hacemos esfuerzos todos los días, para formar recursos humanos con rigurosidad científica, alta sensibilidad social, pero el sistema tiene que ofrecerles condiciones de trabajo digno, remuneración justa, educación continua y permanente.

Profesionales bien preparados, comprometidos con la vida de su pueblo, ajenos a los intereses de la empresa médica y farmacéutica, honestos, responsables, y bien pagados… constituyen garantía de un sistema de salud.

Arturo Quizhpe Peralta


encuentro internacional
por el
derecho
de los pueblos
a la salud
y la vida
lanzamiento
de
libros



ACELERACION GLOBAL Y DESPOJO EN ECUADOR: EL RETROCESO DEL DERECHO A LA SALUD EN LA ERA NEOLIBERAL

DE JAIME BREILH E YLONKA TILLERÍA

Dr. Oscar Feo Istúriz
Secretario del Organismo Andino de Salud

Comienzo por expresar un agradecimiento múltiple, primero a la Universidad de Cuenca, al Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, a su Rector, a todo su cuerpo docente y sus estudiantes que nos han abierto las puertas de esta Universidad. En primer lugar quiero decirles que cuando leí este libro por primera vez, me generó un sentimiento doble, encontrado: por un lado era un sentimiento de satisfacción, pero por otro, era de rabia.

De satisfacción, porque la lectura de este libro con claridad demuestra lo que es el agudo pensamiento de la salud colectiva y de la medicina social, y la identificación con su texto me producía realmente una gran satisfacción; pero a la vez sentí rabia, porque este libro plantea, como ninguno de los últimos años que pueda recordar, las evidencias claras de la expoliación a la que nos han sometido, sea al pueblo hermano del Ecuador, como a otros de América Latina. Hemos sido expoliados, nos han saqueado a partir de políticas neoliberales; entonces, es una combinación de sensaciones pero una combinación interesante, porque es una rabia movilizadora; es un sentimiento que nos obliga a tomar posición; es un sentimiento que nos obliga a plantear la necesidad de que el conocimiento y la acción vayan de la mano para transformar esta sociedad. El libro que tenemos aquí, es un libro latinoamericano pero es también un libro mundial; es un libro que nos plantea retos, que nos obliga a reflexionar y que todos debemos leer (…la buena noticia es que mañana va a estar a la disposición de todos los presentes).

Es un libro de lectura obligatoria, es un libro que plantea y recrea categorías relativamente novedosas para el sector salud, así por ejemplo, las categorías aceleración global y despojo, que nos permiten analizar los mecanismos que provocaron el retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal. También en ese sentido debemos hacer un reconocimiento a la obra que comentamos y la cual paso a describir.

Su primera parte, es fundamentalmente de contenido político, conceptual; y nos plantea las categorías analíticas, explicándonos cómo la aceleración del ritmo de producción del capital guarda estrecha relación con el deterioro de la vida. Creo que ese es el centro de la parte primera. La aceleración global, como la llaman Jaime e Ylonka, se entiende -leo su texto-, "como un proceso que combina mayor celeridad de los grandes negocios y de los rubros económicos con mecanismos de desarrollo desigual, de procesos de exclusión y de pérdida de derechos."

Pero además, el libro nos presenta un parangón interesante, cuando nos habla de la aceleración de la economía, el calentamiento de una economía que marcha a un ritmo intenso, pero que paralelamente lo hace con procesos de exclusión, con procesos que marcan las leyes fundamentales del capitalismo, como el desarrollo desigual, la concentración de la riqueza, la generación de exclusión, y todo esto, por supuesto, marcando la pérdida de derechos. Y entonces, hace un interesante parangón en ese capítulo, en el que se utiliza la figura del calentamiento global, para decir que, así como hay ***un calentamiento climático global*** que ha sido producido por la irracionalidad de la explotación del capitalismo, a la que ha sometido al mundo, del mismo modo hay un calentamiento social porque esa pérdida de derechos y esos procesos de exclusión han generado una reacción social y generan las bases para un nuevo andar de los pueblos.

El texto -insisto de lectura obligatoria no sólo para los alumnos de doctorado-, responde en su segundo capítulo a una interrogante que diría así: ¿Cómo se comportó la salud pública del Ecuador de 1990 al 2006? ¿Mostró un mejoramiento inercial desde los años 80 hasta hoy? ¿Ese mejoramiento leve inercial que venía dándose entre los años 70-80 se mantuvo a fines de los 80s y hasta 2006? ¿O más bien desde los 90, con el desarrollo de las políticas neoliberales, se detiene la mejoría y se inicia un proceso de retroceso y deterioro?



Este libro deja claramente al descubierto el daño provocado por las políticas del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial, que conocimos como las políticas del consenso de Washington. Políticas aquellas, que no tienen ningún sustento técnico, ninguna racionalidad social. La aceleración global, respaldada por las políticas banco mundialistas, Un aspecto de la indicada crítica es el hecho de que la aceleración termina aun alterando radicalmente la experiencia afectiva de los seres humanos, sus nociones de espacio y tiempo. Lo cual plantea un aspecto clave para entender procesos como la última epidemia de influenza, que por ser la primera que es transmitida en tiempo real por los medios de comunicación, ha generado, en esa alteración de espacio y tiempo un conjunto de presiones mediáticas y políticas que son las que están determinando la toma de decisiones. Los ministros de UNASUR reunidos en Quito hace un mes para analizar la pandemia de influenza, pusieron al descubierto que las decisiones que estaban tomando, no eran decisiones con sustento técnico, sino más bien eran decisiones fundamentalmente derivadas de presiones políticas y de presiones mediáticas, todas ellas resultantes de esa alteración del espacio-tiempo que se genera en este proceso global.

Nos demuestran Jaime e Ylonka en su estudio, que esas políticas neoliberales fueron simplemente instrumentos del gran capital para concentrar las ganancias y para socializar las pérdidas. Pero además nos demuestran claramente la inviabilidad de este sistema económico; y una de las cosas que me parece más interesante -que sale del campo de la crítica para ir al campo de lo propositivo-, es que introduce, explica y se adueña del concepto del buen vivir, del concepto de "sumak kawsay", que sin duda es una de los aportes más importantes que desde el mundo andino se está haciendo al mundo global; porque este concepto nos plantea, por un lado, la irracionalidad del modo de producción capitalista, pero por otro lado, nos plantea la posibilidad de construir armonía y equilibrio entre los seres humanos con la naturaleza, haciéndolo también con categorías que desde la medicina social se venían trabajando desde años anteriores y que se complementan profundamente con la noción del sumak kawsay andino, como por ejemplo la noción del modo de vida saludable, desarrollado en los textos de epidemiología crítica.

No puedo dejar de recordar en estos momentos un breve pero trascendente discurso del Presidente Evo Morales ante las Naciones Unidas que se llama ***"Salvemos al planeta del capital"*** y que constituye un extraordinario resumen de este planteamiento del sumak kawsay. En esa alocución se plantea la irracionalidad de este sistema económico, de modo semejante a lo expuesto por Jaime e Ylonka, pues en su texto demuestran como durante 15 años crecieron las tasas de ganancia y concentración de capitales, pero que bajo una estructura injusta y ante la ausencia de mecanismos de redistribución de la riqueza social, se consumó nada más que un incremento vergonzoso del poder y la riqueza de las grandes corporaciones, a expensas de un aumento asombroso de la pobreza. Dichas políticas son puestas en evidencia en el libro, de modo descarnado, mostrando los mecanismos mediante los cuales generaron inequidades y despojaron a la población de su derecho a la salud.

Otro elemento del libro de gran interés es el tema de la determinación social de la salud, no es nuevo en Breilh, sino recurrente en sus obras. Al respecto es interesante señalar que este tema, que pareciera estar siendo recientemente descubierto en Europa y el Norte, ya la medicina social y la salud colectiva de América Latina desde los años 70, lo había planteado con absoluta claridad.

No puedo dejar de recordar en este momento la primera vez que leí a Breilh sin conocerlo, era creo estudiante de la Maestría de Medicina Social de la Universidad Autónoma de Xochimilco y en un texto que recorrió las facultades de toda América Latina a fines de los setenta -creo que se llamaba "Epidemiología: Economía, Medicina y Política"- donde analizó con profundidad esa temática, o unos cuantos años más tarde cuando Jaime publicó "Investigación de la salud en la sociedad", junto con un cuencano, Edmundo Granda, hermano querido recientemente desaparecido que no puedo dejar en estos momentos de recordar. Jaime plantea en su primer texto y luego con Edmundo, con absoluta claridad lo que 30 años después descubre la comisión de determinantes sociales de la OMS: la determinación social de la salud.

Atención, creo que esos aportes pioneros sobre la determinación social de la salud ofrecidos por la medicina social y del pensamiento de la salud colectiva latinoamericana no han sido suficientemente reconocidos, particularmente por la literatura norteamericana y europea, pero en este libro vuelve a plantearse de modo recurrentemente dicho tema, puesto que permite reorientar la visión de las políticas de salud. Nos dicen Jaime e Ylonka, que ese proceso multidimensional colectivo es el elemento central que caracteriza al pensamiento alternativo, al pensamiento contrahegemónico en salud y plantean, en este texto, que la aceleración global debe ser manejada como uno de los determinantes fundamentales de la salud.

Es realmente increíble porque es que esas políticas neoliberales que se aplicaron del 90 al 2006 en el Ecuador fueron aplicadas con los mismos nombres casi en toda América Latina. Recuerdo en estos momentos también un trabajo de investigación que se hizo desde la Universidad de Hopkins, en un proyecto de investigación que dirigía Vicente Navarro, donde se hizo un análisis de las cartas de intención que 21 países habían firmado con el Fondo Monetario Internacional, y uno de los hallazgos fundamentales fue que esas cartas de intención eran absolutamente similares, eran copias que el Fondo Monetario había, no digamos obligado, había llevado a los países para que las firmaran obviamente ante la ausencia de soberanía a la que se encontraban sometidos; en todas esas cartas de intención el elemento central eran las reformas de la seguridad social.

La categoría determinación social de la salud, como tantas otras que nos ha ofrecido pensamiento de la medicina social y de la salud colectiva, para convertirlos en herramienta para la acción, para la movilización de tal forma que acompañemos desde las facultades, desde los movimientos sociales a ese proceso de construcción de una nueva sociedad, para que podamos hacer del conocimiento acción transformadora. Gracias Jaime, gracias Ylonka por esta nueva herramienta de lucha que nos ofrecen.

Paraninfo de la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad de Cuenca
14 de septiembre del 2009



BAJO EL CALOR Y LA LLUVIA AMAZÓNICA

Dra. María Hamlin Zúñiga
Movimiento para la Salud de los Pueblos, Latinoamérica.
Lcdo. Kléber Calle H.
ReAct, Latinoamérica

Agradezcámosle a la Vida, que nos tiene saludables, hermosos y contentos.

Agradezcamos a la Pachamama, que nos brinda con un sencillo acto de amor, nacido en las eternidades, el aire, el agua, el alimento y el amor.

Agradezcámosle al palpitante corazón de los Andes este encuentro de la diversidad y la Vida.

Agradezcamos a la Amazonía, que acogió como acoge a las plantas, los ríos y los pájaros, otro encuentro de constructoras y constructores de ese Otro Mundo Posible, en enero de este año, en la ciudad de Belén, en Brasil.

Agradezcámosle a la Vida, por este libro y el video, que nos cuentan lo vivido, pensado, sentido y compartido por los representantes del Movimiento para la Salud de los Pueblos en el III Foro Mundial de la Salud, en Belén.

"Bajo el calor y la lluvia amazónica", así se titulan el libro y el video.

Algunas de las semillas de salud derramadas en las páginas de este libro:

- **Gabriel García de México:** Los pueblos de Chiapas han dicho una frase que es muy hermosa, que la salud es vivir sin humillación.
- **Eugenia María Valey Sis de Guatemala:** Nuestra lucha por la salud es la lucha contra la represión, contra la militarización, contra la criminalización de la lucha y la defensa de la madre naturaleza.
- **Martha García de Paraguay**: Salud es igual que soberanía alimentaria. Por eso decimos siempre: "con amor y lucha por la soberanía alimentaria."
- **Ani Whibye:** Salud es la felicidad de vivir. Fuimos creados para apreciar la tierra, por eso cuando está amenazada con tanta industria destructora, hay que defenderla".

Todos estos sentires, pensares y actuares sobre salud, comparten lo que Jaime Breilh, dos noches atrás designado profesor honorario de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, denominara como la fuerza transformadora de la Vida.



Esa fuerza recorre las páginas de este libro, recorre el continente, recorre el mundo entero, ahí donde se juega la salud o la no salud de todos los seres.

Reconociendo la presencia de esa fuerza incontenible, las compañeras y compañeros reunidos en Belén, manifiestan: "Es un reto para los movimientos sociales del mundo aprovechar la crisis del capitalismo [en todos los órdenes, en lo económico, en lo político, en lo social, en lo ambiental, en lo ético], y propiciar destrucciones creativas para generar propuestas contra-hegemónicas".

La crisis ambiental, que podría ser el suma de todas las crisis y hacia la cual deben estar enfocadas en último término todas las visiones, produjo en el año 2008 más de 150 mil muertos de entre los más débiles y vulnerables, principalmente por el cambio climático provocado por las actividades humanas.

El abordaje de la salud disociada de los problemas ambientales no resuelve nada, se dice enfáticamente. Es imprescindible, en el terreno de lo ideológico, instaurar un concepto de salud que devuelva a los seres humanos el sentido de pertenencia a la Naturaleza.

Como concreciones de esa fuerza transformadora que recorre el planeta y los corazones humanos, se saludan con entusiasmo los avances registrados en varios países hermanos, que han reconocido en el derecho a la salud en sus constituciones y que han avanzado en sistemas de salud públicos, universales, interculturales e intersectoriales."

En último término, la alternativa al modelo hegemónico, que engendra enfermedad para todos los seres, es la construcción de un nuevo modelo de desarrollo, de un nuevo proyecto civilizatorio, que sea generado a través de la organización y lucha de los movimientos sociales.

Dicho de otra forma, las mujeres y los hombres reunidos en Belén concluyen que el eje político central de la agenda por un nuevo orden es la radicalización de la democracia.

Hay un proverbio africano que dice:

"Mucha gente pequeña, en lugares pequeños, haciendo cosas pequeñas, pueden cambiar el mundo."

Tomémonos de las manos y juntemos esas cosas pequeñas como han hecho los responsables de este libro y video: Jaime Morales, Rafael Valdizón, Mauricio Torres, Silvana Ribeiro, Damián Verzeñassi, Fátima Díaz, José Matías, Jorge Quizhpe, Silvia Goya, Santiago Ameigeiras, Marcela Bobato, Gerardo Segovia, Silvina Alessio.

Ellos y ellas nos demuestran que hay otro mundo y está en éste.

Índice

Comentario sobre libros

ENCUENTRO INTERNACIONAL POR EL DERECHO DE LOS PUEBLOS A LA SALUD Y LA VIDA -MEMORIAS-. - Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca. Universidad de Ottawa, Canadá. Movimiento para la Salud de los Pueblos. **Edición:** Arturo Quizhpe P. **Fotografías**: Patricio Matute, Jorge Quizhpe. **Diseño y diagramación:** Igor El Gato. **Impresión:** Gráficas Hernández. Cuenca, Ecuador. Enero 2010.